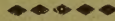


FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE
DE DIJON

ANNEE 1969 - N° 23

EVOLUTION & PERSPECTIVES
DE LA PROTECTION MATERNELLE & INFANTILE
EN COTE-D'OR



THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de DIJON

et soutenue publiquement le 27 JUIN 1969

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Madame FRITZ , née Marie-Thérèse MUYARD

née le : 30 Septembre 1949

à : DOLE - 39

FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE
DE DIJON

ANNEE 1969 - N° 23

EVOLUTION & PERSPECTIVES
DE LA PROTECTION MATERNELLE & INFANTILE
EN COTE-D'OR

Professeurs titulaires



THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de DIJON

et soutenue publiquement le 27 JUIN 1969

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Madame FRITZ , née Marie-Thérèse MUYARD

née le : 30 Septembre 1949

à : DOLE - 39

ANNEE 1939 - 40

EVOLUTION & PERSPECTIVES
DE LA PROTECTION MATERNELLE & INFANTILE
EN COTE-D'OR

THÈSE



La Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de DUNO
a soutenu publiquement le 27 JUIN 1939
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

DOCT.

Madame FRITZ, née Marie-Thérèse MUYARD

née le 30 Septembre 1914

à DOLE - 39

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Personnel de la Faculté

M. F. CABANNE : Doyen

M. M. BIZOT : Assesseur

Professeur honoraire: M. J. GUYOT

Professeurs titulaires

Anatomie, P. BARRY

Anatomie pathologique, F. CABANNE

Biochimie Pharmaceutique, R. TRUCHOT

Botanique et Cryptogamie, M. BIZOT

Chimie biologique, P. PADIEU

Clinique chirurgicale, H. VIARD

Clinique médicale, P. CORTET

Clinique médicale infantile, M. ALISON

Clinique neuropsychiatrique, J. BALLIVET

Clinique obstétricale, F. BARON

Histologie, Melle G. PALLOT

Pathologie médicale, R. PUTELAT

Pharmacie chimique, H. TRON

Pharmacie galénique et matière médicale, G. NOUVEL

Physiologie, J. KLEPPING

Physique, P. GAILLIARD.

Professeurs sans chaire

Médecine légale et du travail, A. MARIN

Parasitologie, Mme Y. ROUGET

Professeurs chargés de cours à titre permanent

Bactériologie, P. PICHAT

Pathologie chirurgicale, J. DUBARD

Maîtres de conférences agrégés et Agrégés

Anatomie, N.....

Anatomie pathologique, R. MICHIELS

Anesthésiologie, N....

Biochimie médicale, J. DEDREUX

Chimie générale et minérale, N....

Chirurgie générale
(P. AUPECLE
(F. LECLERC
(J. SALASC
(C. FERRY

Dermatologie et Syphiligraphie, J.L. CHAPUIS

Electro-radiologie, J.P. MABILLE

Gynécologie et Obstétrique, J. JAHIER

Hématologie, Immunologie, Sérologie, A. DUZER

Hygiène, Médecine préventive et Médecine du travail, M. CARON

Maladies infectieuses, F. DESTAING

Médecine générale et thérapeutique
(J. BOUHEY
(B. FRANCOIS

Ophtalmologie, P.G. MOREAU (agrégé libre)

Pharmacodynamie, J. WEPIERRE

Physiologie, N....

Physique médicale, N....

Thérapeutique, Cl. KLEPPING

Toxicologie, B. FESTY

Urologie, R. GAYET (agrégé libre)

Professeur Associé

Gastro-entérologie-hépatologie, A. PIARD

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dijon
déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend
ne leur donner ni approbation, ni improbation.

- JURY DE LA THESE -

Président : Monsieur le Professeur CABANNE

Membres : Monsieur le Professeur ALISON
 Monsieur le Professeur MARIN
 Monsieur le Professeur JAHIER
 Monsieur le Docteur LEBLANC.

A mon mari

A notre fils

A nos parents

Et à tous nos amis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADANNE

Que je remercie très vivement
d'avoir bien voulu présider
mon jury de thèse.

Je lui suis aussi profondément
reconnaissante pour tout ce qu'il
m'a apporté au cours de mes
études : son enseignement, ses
conseils, sa grande gentillesse,
m'ont profondément marquée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALISON

Il m'a suggéré ce travail et je lui en suis très reconnaissante. Ce sujet m'a fortement intéressé et beaucoup enrichi.

Pour toute l'aide, les encouragements qu'il m'a donnés, je l'assure de toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JAHIER

Qui m'a si utilement conseillée pour tout ce qui touchait à sa discipline et qui m'a toujours réservé un accueil sympathique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARIN

Dont j'ai particulièrement apprécié l'enseignement si dynamique et si enrichissant.

Avec mes vifs remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEBLANC

Qui le premier m'a initié à la pratique hospitalière avec tant de gentillesse et de compétence,

Avec toute ma reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES, avec ma profonde
gratitude

En particulier :

Monsieur le Dr. G. C. LECLERC

- Dont je garde un excellent souvenir du semestre passé dans son service.

Monsieur le Dr. SOICHOT

- Dont j'ai pu apprécier surtout l'inégalable gentillesse et l'enseignement clinique reçu au cours de deux semestres.

- A MONSIEUR LE Dr. CHAPUIS

- A MONSIEUR LE Dr. CONTET

- A MONSIEUR LE Dr. MARTIN

A tous ceux assistants, attachés, internes, externes, infirmières... qui ont contribué à ma formation.

A tous ceux qui m'ont aidée à réaliser
ce travail et plus particulièrement :

A Dijon

- Madame RAILLARD
- Monsieur le Docteur LESSAFFRE
- Monsieur le Docteur GANDAR
- Monsieur le Docteur ZORN
- Monsieur le Docteur PONTEFRACT
- Ma demoiselle LEVERT
- Mademoiselle THEVENOT
- Mademoiselle CLEMENT
- Madame le Docteur ISMARDON
- Mademoiselle le Docteur BTERLIN

- Madame le Docteur MICKAELS
- Monsieur le Docteur BIZOT
- Monsieur le Docteur GRAND PERRIER
- Monsieur le Chirurgien dentiste MATHIEU

Et à tous les médecins qui ont répondu à l'enquête de
1967.

- aux puéricultrices de la Caisse
d'Allocations Familiales et du service de Tutelle que
je tiens particulièrement à remercier.

- A des amies Assistantes Sociales
- à l'équipe du centre de rééducation
précoce : Cours du Parc.

A PARIS

- Monsieur le Docteur HAZEMANN
- Monsieur le Docteur SALBREUX
- Madame le Docteur MANGUIN

Je tiens aussi à exprimer toute ma reconnaissance à tous ceux qui contribuèrent aux tâches matérielles de cette thèse.

INTRODUCTION

"On appelle Protection Maternelle et Infantile l'ensemble des mesures techniques, administratives économiques et sociales tendant à protéger la santé de la mère et de l'enfant, et à assurer à celui-ci un développement physique et mental harmonieux, aussi proche que possible du développement normal idéal"

Mme T. DAVIDSON

Cette définition très large de la Protection Maternelle et Infantile intègre tout ce qui a pu être fait par le passé, comme tout ce qui se fait aujourd'hui en vue de tendre vers cet Idéal qu'est la SANTÉ tant physique, mentale que sociale, de l'enfant et de sa mère. Pour bien comprendre cette institution qu'est devenue la Protection Maternelle et Infantile, il nous paraît donc essentiel de rappeler tout d'abord son évolution historique.

Au terme de cette étude, nous découvrirons l'organisation actuelle de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I). Et comme c'est à chaque département d'organiser la P.M.I dans son secteur, nous essayerons de dégager les caractères et les effets essentiels de la P.M.I en Côte d'Or. Après 35 ans de médecine préventive auprès de la mère et de l'enfant, que pouvons-nous conclure?

Mais devant l'ampleur de ce travail de recherche et de synthèse nous avons dû limiter notre sujet à la protection infantile essentiellement. Il est bien sûr très arbitraire de séparer protection maternelle et protection infantile, car toutes deux sont intimement liées. Nous n'aborderons que quelques aspects de la Protection Maternelle, quand ceci nous paraîtra vraiment indispensable. C'est en fait dans la partie réservée aux perspectives d'avenir que cette limitation du sujet se fera surtout sentir.

I - HISTORIQUE :

+ Avant la dernière guerre mondiale la situation démographique française était désastreuse et les statistiques locales reflétaient le déséquilibre entre décès et naissance. C'est ainsi que de 1935 à 1939 un excédant d'environ 35.000 décès par rapport aux naissances était enregistré en moyenne, chaque année, en France. En Côte d'Or, depuis 1932, les décès étaient excédentaires. En 1935, on comptait 684 décès de plus que les naissances...

La mortalité infantile était en grande partie responsable de cette situation. Elle atteignait les taux de 63,8‰ en Côte d'Or en 1930, 63,4 ‰ en 1935 (ces chiffres donnent le nombre de décès d'enfant de moins d'1 an pour 1 000 naissances vivantes).

Dès la fin du siècle dernier quelques initiatives avaient déjà été prises pour essayer d'améliorer les conditions de développement de l'enfant. C'est ainsi que BUDIN créait les premières "gouttes de lait", que le professeur PINARD enseignait que la protection de l'enfant devait commencer dès la conception: c'est à lui que l'on doit l'expression de "PUERICULTURE ANTENATALE". De nombreux médecins essayèrent d'analyser les causes de la mortalité infantile. C'est ainsi que les professeurs DEBRE et JOANNON trouvèrent les trois grands responsables de la mortalité infantile = le péril congénital
= le péril alimentaire
= le péril infectieux.

Les pouvoirs publics furent donc amenés à prendre un certain nombre de mesures. En 1874, la loi ROUSSEL organise la protection des enfants de moins de deux ans, placés hors du domicile de leurs parents.

En 1935, une amélioration de la loi ROUSSEL fut prévue mais aucun effort vraiment rationnel de protection ne fut tenté avant 1939. A cette date parut le CODE DE LA FAMILLE, texte capital, mais qui lui aussi ne fut pas appliqué à cause des événements politiques.

Devant la situation démographique alarmante en 1942, une nouvelle législation fut proposée.

Il fallut attendre 1945 pour qu'enfin de nouvelles dispositions soient prises, elles avaient un caractère d'urgence. En effet, presque tout le progrès obtenu en matière de mortalité infantile depuis le début du siècle avait disparu en 1945 : entre 1901 et 1939, la mortalité infantile avait baissé de 55% mais entre 1939 et 1945, elle avait augmenté de 40% pour l'ensemble du territoire français :

+ L'ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945 représente une véritable charte de la PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (P.M.I) Les buts et les principes sont clairement exposés dans le rapport de présentation de cette ordonnance :

"...A une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux Pouvoirs Publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde et la présente ordonnance apparaît en la matière comme une véritable mesure de salut public".

Cette législation a une portée générale : la Protection Sanitaire et Sociale touchera toutes les futures mères, les mères, ainsi que tous les enfants n'ayant pas dépassé deux ans révolus, dits enfants du premier âge, et tous ceux de trois à cinq ans révolus, dits enfants du second âge" (I). A six ans, l'enfant est alors pris en charge par les services d'hygiène scolaire.

Pour permettre l'application de cette surveillance systématique et générale un certain nombre de structures furent mises en place. Chaque département dut créer un service de P.M.I. au sein de la Direction Départementale de la santé.. Le département lui-même fut subdivisé en circonscriptions et secteurs, afin de mieux implanter la P.M.I. Dans chaque circonscription un centre de P.M.I dut être créé, comprenant des consultations de nourrissons, des consultations prénatales, etc...

Afin de rendre ces mesures obligatoires, des dispositions financières furent prises. Les dépenses de création et de fonctionnement ont été obligatoirement inscrites au budget départemental, l'Etat ne prenant en charge seulement qu'une partie des frais.

Cette ordonnance a par ailleurs un caractère assez libéral : un certain nombre d'initiatives privées avaient été prises avant 1945 afin de suppléer aux carences institutionnelles, et afin de répondre aux besoins de protection des enfants surtout ; or l'ordonnance du 2 novembre 1945 prévoit une intégration de ces oeuvres privées dans le dispositif de P.M.I. Ainsi, si le service départemental dispose d'un certain droit de contrôle sur ces organismes agréés, il doit en contre partie rémunérer les services qu'ils rendent.

Enfin cette surveillance médico-sociale de la mère et de l'enfant est confiée en grande partie aux services sociaux, et non plus aux seuls médecins inspecteurs. Elle doit être strictement PREVENTIVE.

+ Des mesures législatives complémentaires furent prises afin de renforcer l'ordonnance du 2 novembre 1945. C'est ainsi qu'un système de prestations et de secours a été instauré, comme l'assurance maternité, les primes pour les examens pré et postnataux, etc...

D'autre part, les conditions de travail de la femme furent améliorées et la sécurité de l'emploi lui fut accordée en cas de maternité, du moins dans les textes...

+ EVOLUTION :

Les dispositions qui furent prises par l'ordonnance du 2 novembre 1945 furent codifiées en 1953 dans le CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Depuis un certain nombre de décrets ou arrêtés vinrent modifier cette première législation. Nous ne pouvons rappeler que les grandes étapes de l'évolution de la P.M.I.

1947 : Le diplôme d'Etat de Puériculture est instauré par décret, et ceci afin d'assurer aux enfants vivant en collectivité une surveillance par un personnel particulièrement préparé.

1950 : Des centres de prématurés doivent être créés dans chaque département afin de diminuer la mortalité néo-natale.

1959 : Le décret du 7 janvier définit les modalités d'une action sociale préventive auprès des enfants en danger.

1962 : Des dispositions nouvelles furent prises, compte tenu des résultats obtenus en matière de mortalité foeto-infantile, des constatations ressortant de l'expérience du fonctionnement des services de Protection Maternelle et Infantile, pendant près de 15 ans. Ainsi cette année marque un tournant dans l'action de la PMI.

- le rôle de chaque catégorie de personnel concourant à la PMI est précisé.

- un effort de coordination est demandé entre les divers services sociaux

- la surveillance prénatale est renforcée

- des dispositions tendent à améliorer la surveillance de la première et de la seconde enfance.

1964 : A cette date une très importante réforme réorganisa toute la P.M.I. par une nouvelle distribution des responsabilités, en vue d'une plus grande efficacité. Avant 1964, les problèmes sanitaires et sociaux du département étaient traités par différents bureaux ayant très peu et parfois pas de relations entre eux, et ceci d'autant plus qu'ils ne dépendaient pas du même ministère. Il y avait les bureaux de l'aide sociale de la Préfecture, la Direction de la population, la Direction de la Santé, les services médicaux du Ministère de l'Education Nationale, etc...

Il est donc apparu nécessaire de créer un service unique dans chaque département : LA DIRECTION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE. Celle-ci relève maintenant d'un seul ministère. "Cette direction regroupe en un service unique les attributions de la Direction de la Population et de l'Action Sociale, les attributions de gestion de la Direction de la Santé, et, sous réserve de quelques dérogations, les attributions des services préfectoraux chargés de l'Aide Sociale et de la Tutelle hospitalière et celles des Services médicaux et sociaux du Ministère de l'Education Nationale"(1)

Cette réforme de 1964 n'est pas isolée, elle se situe dans une réorganisation générale des services de l'Etat.

1966 : Dans ce même courant de réforme, le Ministère de la Population et celui de la Santé Publique sont réunis en un seul MINISTERE des AFFAIRES SOCIALES.

(1) Rattaché au ministère de l'Intérieur.

(2) Rattaché au Ministère de la Santé publique

(3) Rapport au Président de la République à propos du Décret 64-782 du 30 juillet 1964, relatif aux attributions du ministre de la Santé Publique et de la Population- In "REFORME DES SERVICES EXTERIEURS DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION" n° 64-44bis, 1964, page 85.

PREMIERE PARTIE

ORGANISATION ACTUELLE

DE LA

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

EN

COTE - D'OR

I° CHAPITRE

ORGANISATION GENERALE DE LA P.M.I.

La protection de la mère et de l'enfant depuis 1945 est un service public, son organisation est bien structurée. Il est donc nécessaire d'étudier sommairement l'organisation générale de cette institution, afin de mieux mettre en évidence les liens entre les différents niveaux et surtout la répartition des responsabilités entre niveau National et niveau Départemental.

I - ECHELON NATIONAL :

- MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Ce ministère comprend entre autres directions, la

DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE celle-ci est subdivisée en plusieurs sous-directions dont :

+ la SOUS-DIRECTION DE LA P.M.I ET DE LA SANTE

SCOLAIRE

Cette sous-direction est chargée de proposer des actions en matière de

- prévention
- de soins
- de post-cure
- de réadaptation.

Elle assure le contrôle médical des établissements spécialisés concourant à la P.M.I et à la santé scolaire.

Elle assure le contrôle des dépenses départementales obligatoires de protection (Elle est aidée dans son action de recherche par l'INSTITUT NATIONAL DE SANTE ET DE RECHERCHE MEDICALE : I.N.S.E.R.M.).

II - ECHELON REGIONAL :

Le SERVICE REGIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE est mis en place pour réaliser la politique gouvernementale de développement économique et d'aménagement du territoire; il est aussi chargé d'assurer la coordination administrative des services et établissements régionaux. Le Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale collabore avec un médecin inspecteur régional.

"Le chef du Service régional et le médecin inspecteur régional de la santé sont les conseillers techniques normaux du Prefet de région pour les affaires sanitaires et sociales" (1)

Dans chaque région, le Ministre des Affaires Sociales nomme des MEDECINS CONSEILS REGIONAUX D'OBSTETRIQUE ET DE PEDIATRIE. Ceux-ci sont appelés à conseiller les directeurs départementaux de l'Action Sanitaire et Sociale en ce qui concerne l'organisation des services de P.M.I ainsi que la coordination et le contrôle des organismes qui concourent à cette protection.

III - ECHELON DEPARTEMENTAL :

1° la DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (D.D.A.S.S.) est placée depuis le décret n° 64 250 du 14 mars 1964 sous la responsabilité du PREFET (représentant nommé du Gouvernement).

En effet, celui-ci réunit l'ensemble des pouvoirs de l'Etat dans le département. En matière d'Action Sanitaire et Sociale, le Préfet a donc une mission "d'animation, de direction générale, et de coordination" (2).

2° Le CONSEIL GENERAL (composé d'élus locaux) est chargé de délibérer sur les problèmes d'organisation du département, comme par exemple son découpage en circonscriptions et secteurs ; il vote le budget.

3° Un Comité de coordination a été créé afin que soit réalisée une coordination effective des différents services sociaux et afin d'éviter que la même action soit entreprise par plusieurs organismes différents. Ce Comité a été créé à la suite de la loi du 4 août 1950 et du décret d'application du 10 juillet 1951. Il fut modifié par le décret du 7 juillet 1959.

(1) *Instruction générale du 30 juillet 1964 In REFORME DES SERVICES EXTERIEURS DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION 6 n° 64-44bis, pages 134-135.*

(2) *Instruction générale du 26 mars 1964- même fascicule, pages 13-14-15.*

Un tel comité de Coordination ne semble pas exister sur le département.

4° Le DIRECTEUR DEPARTEMENTAL DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE a une vaste tâche de direction et de gestion de ce service. Il est chargé, depuis la réforme de 1964, de l'hygiène publique et de la prophylaxie, de l'Hygiène sociale, de l'aide sociale et de la protection de l'enfance, de la gestion du service social, du contrôle administratif et financier des établissements sanitaires et sociaux, de l'animation et de la coordination des oeuvres, institutions et établissements sanitaires et sociaux, etc... Il est secondé par un personnel administratif, médical et social ; des MEDICINS A TEMPS COMPLET ou VACATAIRES, par des Assistantes Sociales puéricultrices, etc...

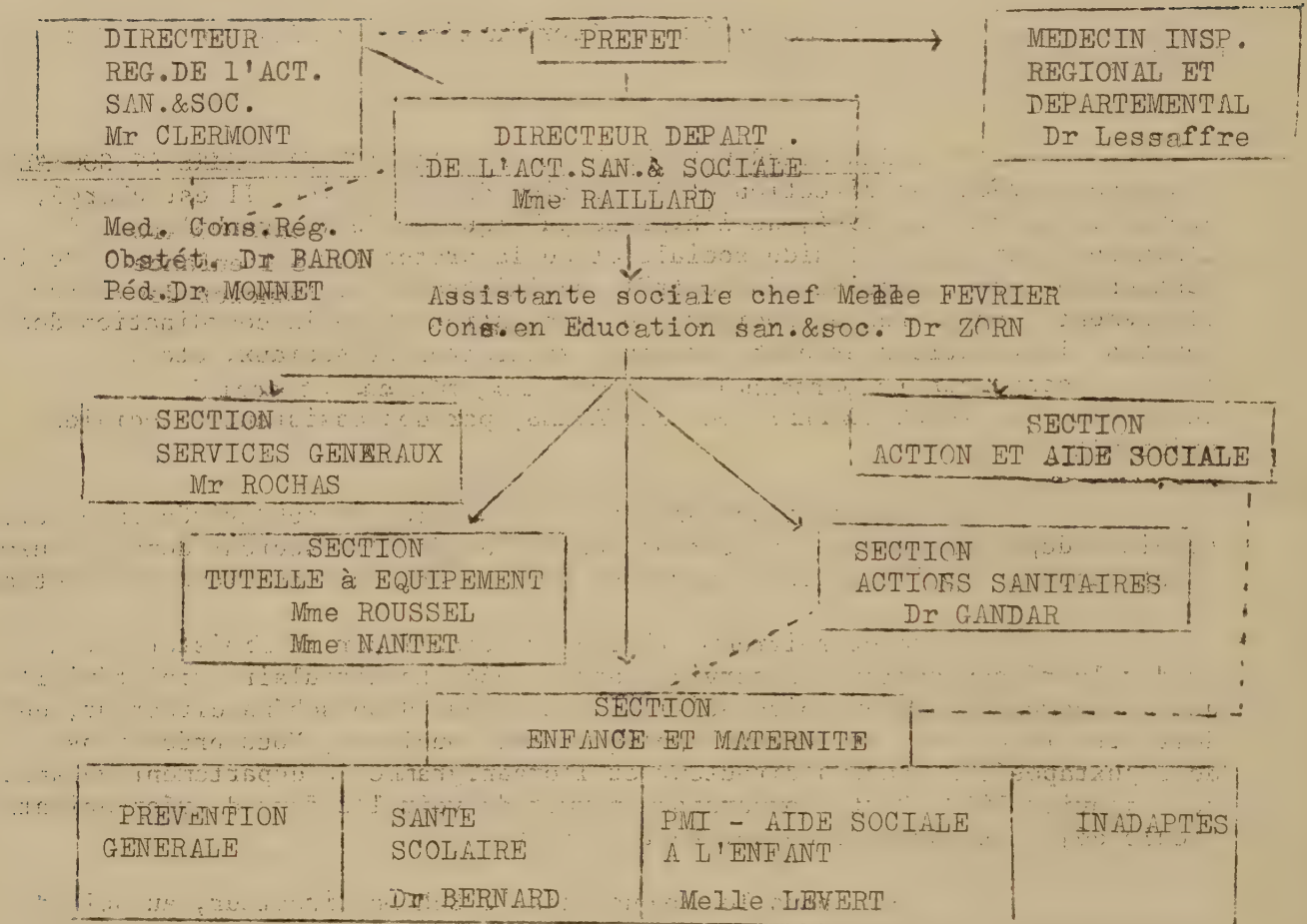
La Direction sanitaire et sociale est subdivisée en plusieurs services dépendant tous du directeur, mais chargés d'un secteur donné. Ceux-ci n'ont aucun lien hiérarchique entre eux ; ils n'ont que des liens de fonction.

Un organigramme type a été établi par le Ministère afin de guider la réorganisation des services, après 1964. La circulaire Ministérielle qui l'accompagne indique bien qu'il ne s'agit que d'un schéma directeur, qui doit être interprété et surtout appliqué avec souplesse. Nous présentons donc juxtaposés le schéma directeur et l'organigramme du département valable au 1^{er} janvier 1969. Cette comparaison permet de voir l'effort de réorganisation locale déjà entrepris et ce qui reste à faire.

Comme nous le voyons dans le Schéma Directeur, au sein de la D.D.A.S.S. ne devra plus exister qu'un seul service ENFANCE ET MATERNITE. C'est lui qui nous intéresse tout particulièrement car c'est à lui qu'incombe la tâche de Protection Maternelle et Infantile. De plus, il comprend les services suivants :
santé scolaire, inadaptés, prévention générale, aide sociale à l'enfance.

L'application locale d'une telle réorganisation a présenté de nombreux problèmes, elle est donc seulement en voie de réalisation (comme dans la plupart des départements). Actuellement, il n'existe pas de responsable unique pour ce service, ni même de collégialité responsable de "l'Enfance et la Maternité" sur le Département. Seuls les services de P.M.I et d'aide sociale à l'enfance ont été rattachés à une responsable unique. Ceci ne veut pas dire, d'ailleurs qu'une collaboration étroite existe entre ces deux secteurs.

SCHEMA DE L' ORGANISATION ACTUELLE
DE LA DIRECTION DE L'ACTION A SANITAIRE EN
COTE D'OR
(valable en janvier 1969)



→ Liaisons Hiérarchiques

→ Liaisons de fonction

PREFET

Député aux Finances
(conseiller technique)

DIRECTEUR
DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Adjoint
Inspecteur de la santé

Equipement sanitaire et social (planification programmation).
Problèmes démographiques.
Education sanitaire et sociale.
Service social, coordination sociale et permanence sociale.

CONSEILS
CONTROLES TECHNIQUES

De l'ensemble des activités sanitaires relevant du ministère de la santé publique et de la population.
Des services départementaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
Des bureaux d'hygiène.
Du fonctionnement technique des établissements publics et privés.
Des laboratoires d'analyses médicales.
De l'exercice des professions médicales et paramédicales, des relations avec les ordres.
De la formation du personnel paramédical.

SERVICES GENERAUX

Gestion et formation des personnels administratifs médicaux et paramédicaux.
Budget, comptabilité et statistiques

TITULE ET CONTROLE
DES ETABLISSEMENTS
OPERATIONS D'EQUIPEMENT

Décisions administratives relatives à l'exercice de la médecine, de la pharmacie et des professions paramédicales. — Enregistrement des diplômes.
Matériel (y compris matériels des magasins de véture)
Foyers de pupilles.
Maisons maternelles.
Dispensaires.
(Lorsqu'ils sont gérés directement sous l'autorité de la D.A.S.S.)

Instruction des délibérations des commissions administratives.
Assistance aux commissions. — Avis divers. — Commissions paritaires.
Préparation des décisions relatives aux prix de journées.
Contrôle des bureaux d'aide sociale.
Contrôle de la gestion administrative et financière des établissements.
Instruction des dossiers de programme, d'avant-projet, projet. — Contrôle de l'exécution des travaux (avec le concours du délégué aux travaux.
Agrément des établissements sanitaires et sociaux.

ACTIONS SANITAIRES

Surveillance du milieu :
Règlement sanitaire, permis de construire, salubrité.
Surveillance des eaux, des installations sanitaires.
Prophylaxie des maladies :
Déclaration, enquêtes épidémiologiques.
Contrôle sanitaire aux frontières.
Désinfections.
Lutte contre la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes, les maladies mentales, l'alcoolisme, etc.
Vaccinations.
Divers :
Secrétariat du comité médical.
Transfusion sanguine.
Protection civile.

ACTION ET AIDE SOCIALE

Action sociale générale :
Animation des structures sociales urbaines et rurales.
Action familiale.
Action sociale en faveur des migrants.
Problèmes de peuplement. — Naturalisations.
Aide sociale :
Instruction des demandes.
Contrôles sur place.
Secrétariat des commissions.
Contentieux. — Récupérations.
Contrôle médical.
Action sociale spécialisée en faveur :
Des infirmes et handicapés.
Des indigents sociaux.
Des personnes âgées.
Des migrants.

ENFANCE ET MATERNITE

Protection maternelle et infantile.
Service de santé scolaire.
Inadaptés.
Prévention générale.

AIDE SOCIALE A L'ENFANCE :
Pupilles

Les unités administratives ci-dessus correspondent, selon les départements a des sections, des bureaux, des services ou des sous-directions.

----- = liaisons hiérarchiques.
----- = liaisons fonctionnelles.

Nous constatons, en étudiant l'organigramme local, que peu de médecins secondent le Directeur de l'Action sanitaire et sociale. Il n'y a pas de médecin P.M.I. en Côte d'Or, pourtant son rôle paraît indispensable, puisque la mission de la P.M.I n'est pas que Sociale, qu'elle est aussi sanitaire.

Quand la réforme sera vraiment appliquée, qu'une équipe polyvalente, tant administrative que sociale et médicale prendra en charge "l'Enfance" du département, un énorme progrès sera fait. L'enfant sera pris en charge depuis sa conception jusqu'à la fin de sa scolarité, par un service unique ; celui-ci pourra penser et appliquer la meilleure politique préventive possible, il pourra prévoir à l'âge voulu les examens de surveillance les mieux adaptés. Ainsi le cycle de vaccinations devrait être pratiqué dans la période préscolaire, il sera nécessaire de prévoir avant l'arrivée à l'école le dépistage de troubles sensoriels ou psycho-moteurs qui doivent être rééduqués précocement afin de ne pas handicaper l'apprentissage scolaire. L'âge scolaire serait alors surtout le moment où la prévention devrait s'orienter vers les troubles d'adaptation et contribuer à l'orientation professionnelle.

IV - LA CIRCONSCRIPTION ET LE SECTEUR :

Le département doit être subdivisé en circonscriptions et en secteurs, pour une plus grande efficacité dans le travail, selon les principes établis par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

A la tête de chaque circonscription devrait être placée une équipe responsable chargée de coordonner l'action qui y est menée. Mais ceci n'est pas toujours appliqué.

En Côte d'Or, le découpage du département en SECTEURS a été fait selon les critères géographiques dans les zones rurales et selon des critères démographiques dans les zones urbaines. Chaque secteur est pris en charge par un service social qui, depuis la réforme, est surtout assuré par une assistante sociale polyvalente. Celle-ci s'occupe des activités de Protection Sociale de la Mère et de l'Enfant, elle travaille en collaboration avec les services spécialisés tels que l'Hygiène Sociale, l'Hygiène mentale, les services pour la prophylaxie anti-tuberculeuse, etc...

Comme dans bien des départements, les services sociaux de Côte d'Or ne dépendent pas tous directement de la D.D.A.S.S.. Certains dépendent de la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES, et d'autres de la MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE. Mais c'est à la D.D.A.S.S. que revient la tâche de coordination de ces différents services.

D'autre part, la S.N.C.F., l'ARMEE ont leurs propres services sociaux qui prennent en charge leurs personnels respectifs. Les deux cartes suivantes montrent la répartition des différents secteurs en Côte d'Or. (En annexe, se trouve la répartition des secteurs et leur attribution nominale en Côte d'Or).

Si le secteur est l'unité de base du travail préventif à domicile, la circonscription est l'unité de base pour l'équipement P.M.I. L'ordonnance du 2 novembre 1945 reprise par le Code de la Santé publique indique les grandes lignes des réalisations à faire en matière de P.M.I :

"Le centre principal de P.M.I prévu pour chaque circonscription est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés exerçant leur activité, en partie ou en totalité, dans le domaine de la Protection Maternelle et Infantile."

"Ce centre comprend obligatoirement :"(I)

- une consultation prénatale,
- une consultation post-natale
- une consultation de médecine infantile du premier et du second âge.
- éventuellement une consultation contre la stérilité conjugale .

Il doit s'assurer le concours d'un service anti-tuberculeux et d'un service anti-vénérien et les rémunérer.

V - ECH ELON COMMUNAL :

Le Maire et ses services municipaux concourent à la P.M.I par différents moyens. Tout ce qui tend à améliorer les conditions de vie des familles...contribue à cet énorme effort préventif. Plus particulièrement c'est au service d'Etat-civil municipal que revient la charge de distribuer à chaque naissance le carnet de santé. C'est aussi à ce service que revient le devoir de prévenir la D.D.A.S.S. chaque semaine de l'état des naissances, pour que celle-ci organise au plus vite la surveillance à domicile la plus précoce possible, soit systématique, soit en cas de nécessité. Ce sont les services municipaux qui reçoivent les déclarations de gardiennes d'enfants, et qui doivent tenir les registres.

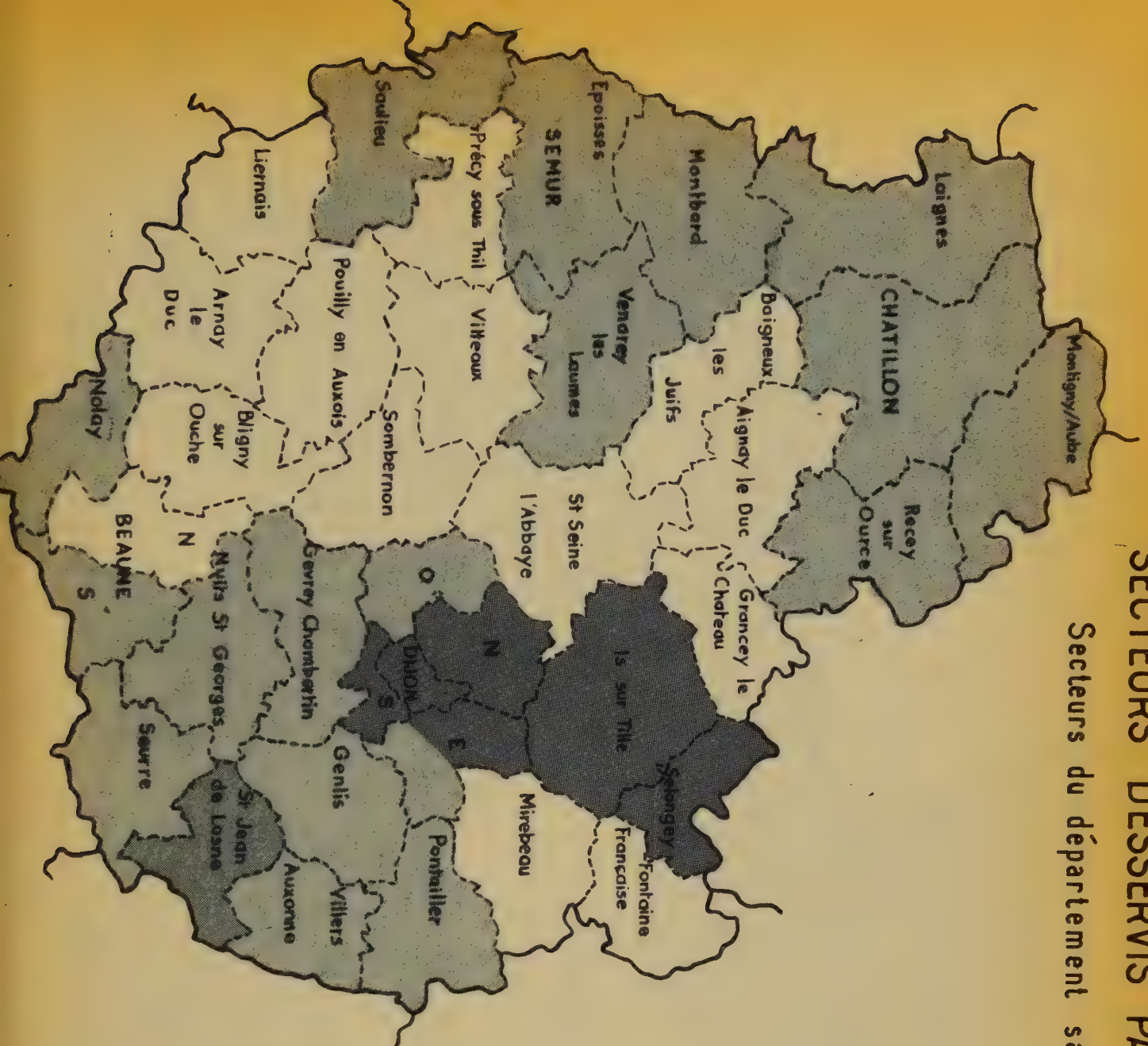
Les bureaux d'Hygiène municipaux, quand ils existent, contribuent le plus souvent à la prophylaxie surtout des maladies épidémiques, aux propagations des exigences d'hygiène élémentaires, etc...

Enfin, la municipalité peut avoir une action très favorable à la Protection Maternelle et Infantile en créant sur son territoire des établissements de P.M.I telles que crèches, centres de consultations, hôtels maternels, etc...

(I) Code de la Santé Publique.

SECTEURS DESSERVIS PAR LE SERVICE SOCIAL

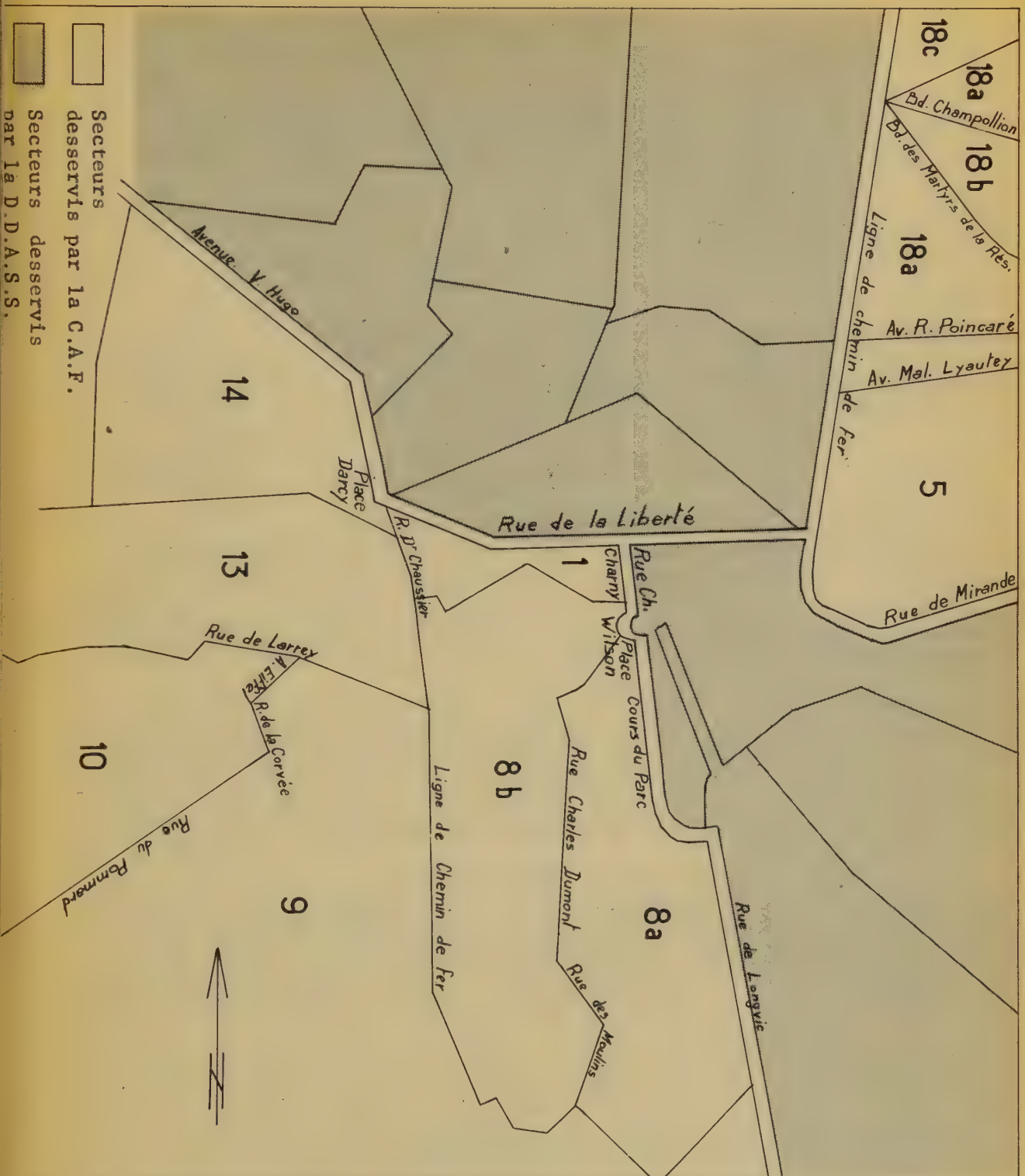
Secteurs du département sauf l'agglomération dijonnaise



-  Cantons desservis par la Caisse Agricole.
-  Cantons desservis par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.
-  Cantons desservis par le Service de la Batellerie
-  Cantons desservis par la Caisse d'Allocations Familiales

SECTEURS DESSERVIS PAR LE SERVICE SOCIAL

Agglomération Dijonnaise



2° CHAPITRE

LE PERSONNEL CONCOURANT À LA P.M.I EN C.O

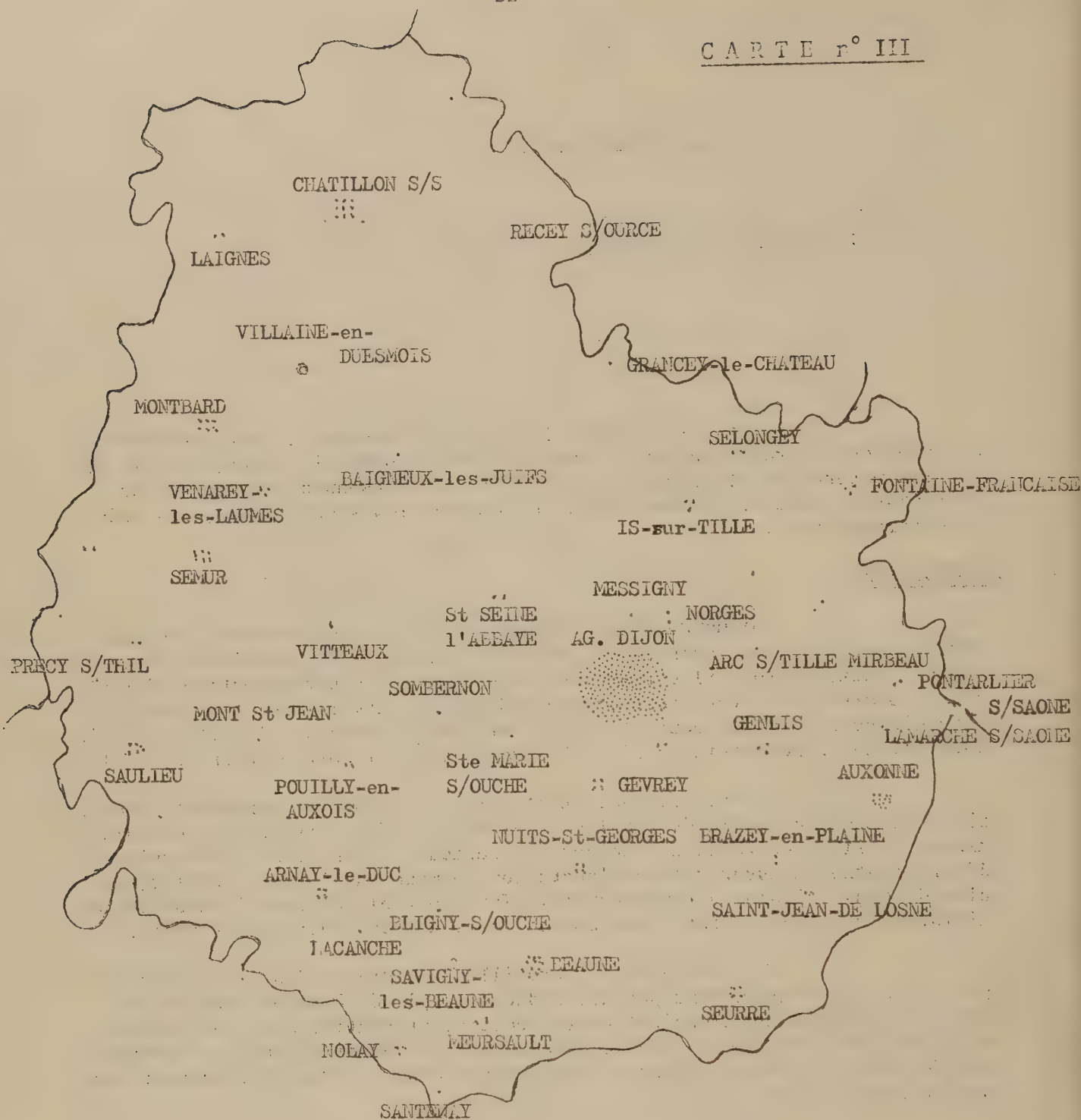
C'est essentiellement aux médecins et aux assistantes sociales que l'ordonnance du 2 novembre 1945 a confié la pratique de la protection maternelle et infantile, mais d'autres personnes apportent leur contribution à cette immense tâche, telles que les sages-femmes, les puéricultrices, etc...

I - LES MEDECINS :

Si un certain nombre de médecins sont employés par les services de P.M.I et consacrent ainsi une partie ou la totalité de leur temps à cette action, il est impossible d'évaluer la participation médicale en ce domaine. En effet, tout examen médical de surveillance tant pour la mère que pour l'enfant peut être fait par tout médecin qu'il soit généraliste spécialiste de pédiatrie ou d'obstétrique, ou qu'il soit médecin de P.M.I.

Cette remarque étant faite nous pouvons cependant étudier le rôle des médecins employés par les Services de P.M.I. Différentes circulaires ministérielles ont fortement encouragé, surtout depuis 1962, les services départementaux à assurer la collaboration de médecins à temps complet, en plus de ceux qui sont à temps partiel. Tous sont placés sous l'autorité administrative du Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale.

En Côte d'Or la surveillance médicale dans les centres de P.M.I est faite uniquement par des médecins employés à temps partiel. En 1967, 26 médecins pratiquaient cette médecine préventive dans les centres de P.M.I. Parmi eux, il y avait 6 pédiatres, 1 médecin ayant la compétence en pédiatrie, 2 obstétriciens, 17 omnipraticiens. Ils sont surtout groupés en zone urbaine.



REPARTITION DE LA POPULATION MEDICALE EN COTE D'OR 1968.

- DIJON-AGGLOMERATION - 199 médecins dont 8 Pédiatres.
- COTE D'OR - 327 médecins dont 9 Pédiatres.
- = 1 Médecin.

Contrairement à ce qui se passe dans bien des départements il n'existe pas encore de médecin P.M.I à temps complet en Côte d'Or. Pourtant en 1961, déjà 40 départements employaient 71 médecins à temps complet, et le décret du 19 juillet 1962 essaya de faire accroître cet effectif. La mission de ces médecins est en effet très importante. En dehors des tâches administratives du Service départemental de P.M.I, ils pratiquent le plus souvent, aussides activités préventives. Ils secondent les Directeurs de L'Action Sanitaire et Sociale dans leur rôle "d'animation, de contrôle et d'information du service social, ainsi que dans leurs attributions de contrôle technique des établissements d'obstétriques. Ils contribuent à l'éducation sanitaire en matière de puériculture des futures mères et des mères et participent fréquemment également au fonctionnement des services de vaccination" (I)

La nomination des médecins P.M.I se fait après concours sur titre, par le Prefet, sur proposition du Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale. Pour assurer une surveillance la plus efficace possible, il est recommandé à chaque département d'employer essentiellement des spécialistes en pédiatrie et en obstétrique, ou à la rigueur des médecins ayant une compétence reconnue en l'un ou l'autre de ces domaines.

TABEAU n° I

NOMBRE DE MEDECINS P.M.I EN COTE D'OR

Années	1956	1958	1960	1962	1964	1966	1967
Médecin P.M.I Temps complet	0	0	0	0	0	0	0
Médecin P.M.I Temps partiel	28	24	23	20	25	24	26
Dont : pédiatres	1	3	3	3	5	5	6
obstétriciens	1	1	1	1	2	2	2

(I) Recueil de textes officiels - Rapport sur la P.M.I de 1957 à 1961.
n° 63-17bis, page 20.

Puisque nous avons remarqué que cette activité préventive est aussi menée par tout médecin ou presque, il nous est apparu intéressant de faire le point sur la population médicale de Côte d'Or et sur sa répartition géographique. D'après le recueil des actes administratifs : "LE BULLETIN DES MAIRES" du 31 octobre 1968, voici qu'elle est la situation départementale :

Il y avait 327 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre pratiquant une médecine libérale soit en tant qu'omnipraticien, soit en tant que spécialiste. A DIJON il y avait à cette date 189 médecins dont 120 spécialistes parmi lesquels se trouvent 8 pédiatres. Ainsi environ 60% des médecins de Côte d'OR exercent dans l'agglomération dijonnaise. Ce qui explique en partie, car presque la moitié de la population du département vit dans cette agglomération. Le reste de la population médicale se répartit comme l'indique la carte jointe. I seul pédiatre exerçait en dehors de DIJON à cette date.

Cette situation montre le déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales et même entre Dijon et les autres villes du département et elle entraîne des conséquences importantes sur la surveillance médicale des enfants et des mères.

II - LES ASSISTANTES SOCIALES :

En étudiant les secteurs nous avons pu constater que cette catégorie professionnelle est très importante. Parmi d'autres fonctions elles ont un rôle essentiel dans la pratique de la surveillance Sanitaire et Sociale des ressortissants de la P.M.I. Elles agissent surtout à domicile.

Il existe deux sortes d'Assistants sociaux contribuant à la P.M.I. :

= les assistantes sociales spécialisées qui ont le plus souvent une tâche de coordination, de soutien et d'animation.

= les assistantes sociales polyvalentes ou familiales, qui sont chargées de l'ensemble des tâches d'hygiène sociale, dont la P.M.I., dans le secteur qui leur est confié.

TABEAU n°2

ASSISTANTES SOCIALES CONCOURANT A LA P.M.I EN COTE D'OR (I)

Années	A.S. Spécial.	A.S. POLYVALENTES				Autre	total
		D.D.A.S.S.	SS	MA	CAF		
1956	0	22		12			34
1958	0	18		11			29
1960	0	23	6	10	5		44
1962	0	21	8	10	10		49
1964	I/2	17+I/2		12	14	6	49 I/2
1966	I/2	20+I/2		13	14	6	55 I/2
1967	I/2	20+I/2		14	15	8	57 I/2

En 1968, l'Assistante Sociale qui pratiquait à mi-temps la fonction d'A.S. spécialisée a été nommée à plein temps.

Ainsi en Côte d'Or, il y avait une assistante sociale pour 10 494 habitants en 1956, une pour 7 728 habitants en 1961, alors que la moyenne générale sur la France était d'une assistante sociale pour 7735 habitants en 1956, et 1 pour 7904 en 1961. Un net progrès a donc été effectué dans le département. Mais les conditions de travail des Assistantes Sociales sont telles que cette moyenne devrait très vite être diminuée pour qu'un travail en profondeur puisse être entrepris; les assistantes sociales se plaignent d'être réduites, à cause de l'ampleur de leur tâche, aux urgences aux palliatifs. Elles-mêmes pensent qu'ainsi elles ne peuvent pas remplir leur mission éducative et préventive. De plus, leur formation en puériculture n'est pas toujours suffisante et elles manquent souvent de recyclage. Le contrôle du travail et la discipline des assistantes sociales concourant à la P.M.I est effectué par le Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale aidé par l'Assistante sociale chef de la D.D.A.S.S. Chaque mois, les Services qui apportent leur concours à l'action de la P.M.I adressent au Directeur de la D.D.A.S.S. un rapport d'activité.

L'Annexe I renseigne sur la répartition des Assistantes Sociales de Service Sociaux en Côte d'Or.

(I) Rapport annuels des Services de P.M.I du Département.

III - LES PUERICULTRICES :

Le décret du 13 août 1947 institua le diplôme de puéricultrice. Elles furent d'abord nommées dans les différents centres recevant des enfants, et formées dans ce sens, puis à la suite du décret du 19 juillet 1962, elles eurent la possibilité d'être employées pour seconder l'Assistante Sociale dans son activité à domicile, et pour participer à l'éducation sanitaire des mères en matière de puériculture. Pour cette activité à domicile, en Côte d'Or dès 1966, la caisse d'Allocations Familiales recruta 3 puéricultrices, qui furent intégrées à l'équipe des pré-centres sociaux. En 1967, 5 puéricultrices étaient employées par cet organisme. EN 1968, la D.D.A.S.S. s'assura les services d'une puéricultrice.

"Les avantages de la collaboration des Assistantes Sociales et des puéricultrices diplômées d'Etat dans ce domaine, ont été mis en évidence par certaines expériences effectuées au cours des dernières années : notamment expériences de soins néo-nataux par les puéricultrices dans l'arrondissement de Saint-Quentin, recrutement de puéricultrices pour effectuer la surveillance des nourrissons par le Service de Protection Maternelle et Infantile du département du NORD-municipalité de Saint-Denis."

"Ils se sont traduits, dans certains secteurs, par une diminution importante et particulièrement rapide de la mortalité infantile"(1)

La puéricultrice, par sa formation en puériculture peut donner à la mère les conseils d'hygiène, de diététique courante, et par ses visites à domicile peut faire des démonstrations souvent très utiles pour les jeunes mères inexpérimentées.

L'Assistante sociale reste cependant, partout où elle collabore avec une puéricultrice, la responsable de base de l'action médico-sociale auprès de l'enfant. L'intervention de la puéricultrice n'a donc pas un caractère systématique, mais doit être limitée aux familles dont le choix a été déterminé par le Service social compte tenu du niveau insuffisant d'éducation sanitaire des mères, ou des difficultés particulières de certaines d'entre elles.

D'autre part, la puéricultrice, du fait de son action sanitaire auprès des familles, est le plus souvent appelée à travailler en collaboration avec les médecins des secteurs dans lesquels elle exerce son activité.

Le contrôle de son travail, doit être assuré par le médecin de P.M.I. quand il existe.

(1) Rapport sur la P.M.I. du I.I. 1957 au 30 décembre 1961 - Recueil de textes officiels n° 63-I7 bis, page 28.

IV - LES SAGES-FEMMES :

Elles ont un rôle très important dans la surveillance prénatale car elles sont habilitées à pratiquer le second, le troisième et la quatrième examen prénatal si aucune anomalie n'a été décelée au premier examen.

Cette action de contrôle sanitaire prénatal se fait surtout en consultation privées, or celles-ci tendent à diminuer. Cependant, le nombre de sages-femmes participant aux consultations de P.M.I augmente, parcequ'elles interviennent dans les consultations prénatales des maternités. Leur rôle est essentiellement dans la préparation des jeunes mères à l'accouchement psycho-prophylactique.

La carte jointe montre leur répartition dans le département.

V - Les INFIRMIERES :

Plusieurs infirmières participent aux services de P.M.I en vue de décharger les Assistantes Sociales de certaines tâches techniques. En Côte d'Or, en 1966, 3 infirmières étaient employées aux consultations et une travaillait en établissement de P.M.I.

TABEAU n° 3

PUERICULTRICES, SAGE-FEMMES, INFIRMIERES EMPLOYEES EN COTE D'OR POUR P.M.I (I)

Années	Employées aux Consul.			Dans Etablissements P.M.I			Surveill. domicile.		
	puéri.	S.F.	INF.	Puéri.	S.F.	INF.	Puér.	S.F.	INF.
1965	3	1	1	2	2	3	3		
1966	1	1	1	2	2	3	3		
1967	1	1	3	3	2	1	5		

(I) Rapport annuel de P.M.I du Département.

CARTE IV



1968 - REPARTITION DES SAGES FEMMES EN COTE D'OR

= 1 sage-femme

DIJON	:	49 Sages-femmes	)	
reste COTE D'OR	:	56 Sages-femmes	)	105 au total

DEUXIEME PARTIE

ACTIVITES

DE

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

EN

COTE - D'OR

L'Ordonnance du 2 novembre 1945 institutionalise essentiellement la surveillance médico-sociale de la mère et de l'enfant. Les structures mises en place sont chargées d'appliquer les réglementations établies à cet effet.

Cette activité de surveillance peut-être schématiquement décomposée en deux grandes périodes :

- la surveillance avant la naissance
- la surveillance après la naissance.

+++++

I° CHAPITRE

SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE AVANT LA NAISSANCE

Dans ce chapitre, nous traiterons surtout de la surveillance sanitaire et sociale des parents et de la future mère, au stade préconceptionnel et durant la gestation. On ne peut dissocier prévention médico-sociale de la mère et de l'enfant. Cette médecine préventive prénatale est très importante. Elle s'est considérablement développée, dans un but d'eugénisme et pour diminuer le nombre des morts-nés, des grossesses anormales...

Nous étudierons donc parallèlement les dispositions prises pour atteindre les buts recherchés et les activités de prévention qui en découlent, ainsi que l'équipement mis à ce service.

A - LE CERTIFICAT PRENUPTIAL :

Dès le début du siècle, il avait été démontré que certaines unions avaient des conséquences désastreuses sur la descendance. Maintenant, il nous est facile d'admettre que toute protection sanitaire de l'enfant commence dès la période préconceptionnelle.

Ainsi un examen médical prénuptial est obligatoire comme l'exprime l'article 63 du code civil :

"L'officier d'Etat Civil ne pourra procéder à la publication ni, en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage qu'après remise par chacun des futurs époux, d'un certificat médical datant de moins de deux mois, attestant à l'exclusion de toute autre indication que l'intéressé a été examiné en vue du mariage".

Cet examen doit porter particulièrement sur le dépistage d'affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance" (I)

(I) Décret n° 62-840, du 19 j uillet 1962, Art. 6-I.

Le Médecin ne peut délivrer le certificat prénuptial qu'après avoir vu les résultats des examens suivants :

1° "d'un examen radiologique, effectué par un dispensaire public ou conventionné par le Service départemental d'Hygiène Sociale, un Hôpital ou un Médecin agréé à cet effet" (I)

2° "d'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé." (I)

Le Médecin doit communiquer les résultats à l'intéressé et doit lui confirmer cette communication par écrit dans les cas graves.

Les frais résultant de cet examen sont pris en charge par les Caisses de Sécurité Sociale en ce qui concerne leurs affiliés, et par les Services de l'Aide Médicale pour les bénéficiaires de ce mode d'assistance.

L'examen prénuptial peut être fait par tout médecin choisi par l'intéressé. En fait, c'est surtout au Cabinet du Médecin que cet examen est fait. L'idéal serait que ce soit le médecin de famille qui le pratique car il connaît bien les antécédents familiaux, ce qui arrive quelquefois. Le plus souvent, il s'agit d'un acte de routine permettant de dépister surtout syphilis et tuberculose. Etant considéré comme une "corvée administrative" par l'ensemble des Français et aussi par bien des médecins, cet examen prénuptial n'a que rarement une véritable valeur préventive; il n'a que rarement une valeur éducative.

B - LUTTE CONTRE LA STÉRILITÉ :

Une consultation de lutte contre la stérilité est organisée à la maternité de Dijon, mais rares sont les consultants; C'est le plus souvent au médecin de famille, au gynécologue que la plupart des couples souffrant de stérilité s'adressent.

C - LA SURVEILLANCE PRÉNATALE A PROPREMENT PARLER :

I - PRINCIPES GÉNÉRAUX

"Toute femme enceinte doit, si elle veut bénéficier des Allocations de toute nature versées par l'Etat, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses de Sécurité Sociale" (2) être suivie régulièrement durant sa grossesse, et elle doit suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'Assistante Sociale.

(I) Code de la Santé Publique - Art L 155.

(2) Arrêté du 22 Février 1965.

Elle doit en outre, faire l'objet d'au moins quatre examens médicaux au cours de sa grossesse depuis le Décret n° 64-931 du 3 septembre 1964.

LE PREMIER EXAMEN qui se place avant la fin du troisième mois est à la fois obstétrical et général ; il doit être effectué par un médecin.

"Il est orienté vers le dépistage des états pathologiques susceptibles d'être aggravés par la puerpéralité ou de retentir sur la conduite à terme de la grossesse et sur la santé du produit de la conception."

"Doivent notamment être recherchés la Tuberculose, la Syphilis, les néphrites, les cardiopathies, le diabète, les causes locales éventuelles de dystocies, ainsi que les facteurs d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle." (I)

Dans tous les cas, un examen radiographique ou radiophotographique, plutôt que radioscopique doit être pratiqué.

"Lors de chacune des trois premières grossesses la recherche de la syphilis par examen sérologique est obligatoire, à moins que justification soit présentée de la pratique de cet examen dans les six mois précédents, à l'occasion notamment, de l'examen prénuptial. Cependant le médecin conserve la faculté de prescrire l'examen sérologique chaque fois qu'il le juge utile" (I).

"Dans le cas d'une première grossesse, doit être en outre effectué obligatoirement la détermination du groupe A,B⁰ et du facteur Rhésus standard. On renouvellera ce groupage lors du troisième examen prénatal. En effet, ceci permet de s'assurer du groupe sanguin de la mère et d'éliminer une erreur éventuelle. Chez la femme Rh négatif les examens nécessaires pour le dépistage des iso-immunisations foeto-maternelles doivent être obligatoirement exécutés au cours de chaque grossesse." (I)

Les examens radiologiques, sérologiques et le groupage sanguin doivent être effectués au plus tard dans les quinze jours qui suivent le premier examen médical.

(I) Arrêté du 22 février 1965, art. 2.

LE DEUXIEME EXAMEN PRENATAL a lieu au cours du 6ème mois de grossesse.

LE TROISIEME EXAMEN PRENATAL intervient dans les quinze premiers jours du huitième mois de la grossesse.

LE QUATRIEME EXAMEN PRENATAL doit être effectué pendant la première quinzaine du 9ème mois de la grossesse. Il a pour but de dépister les dystocies tardives et d'orienter les femmes qui en sont porteuses vers un centre spécialisé, afin de diminuer la mortalité ou la morbidité par traumatisme obstétrical.

Au cours de chacun des examens prénataux une recherche d'albumine dans les urines doit être faite ainsi que la mesure de la tension artérielle, afin de dépister une néphropathie gravidique. Il est en effet essentiel de prévenir cette affection particulièrement grave.

Si normalement les trois derniers examens prénataux peuvent être fait par un médecin ou par une sage-femme, ils doivent être obligatoirement effectués par un médecin si au cours du premier examen a été découvert un état pathologique susceptible d'être aggravé par la puerpéralité ou de retentir sur la santé du produit de conception.

Ces quatre examens de surveillance prénatale peuvent être effectués par le médecin choisi par l'intéressé. Ils peuvent aussi être fait dans un centre spécialisé.

II - CONSULTATIONS PRENATALES :

A la suite de l'ordonnance du 2 novembre 1945, un certain nombre de consultations ont été ouvertes, en principe une pour 20 000 habitants. Celles-ci doivent comprendre une consultation médicale, une consultation obstétricale et un service social.

T A B L E A U N° 4

ACTIVITES DES CONSULTATIONS PRENATALES ORGANISEES

EN COTE D'OR

Années	Nb de Centre de consulta.	Nb de Séances organisées	Nb de sujets inscrits	Nb d'ex. cliniques	Nb de Cas syphilis
1958	3	250	1582	4044	0
1960	3	249	1569	4108	4
1962	3	249	1253	3535	0
1964	3	250	1162	2734	2
1965	3	246	1624	3080	0
1966	3	245	1195	3443	6
1967	3	240	1378	2542	8

On peut remarquer que le nombre des séances organisées comme le nombre des sujets inscrits a : légèrement diminué entre 1958 et 1967 surtout si l'on tient compte de la poussée démographique. La diminution est encore plus nette en ce qui concerne le nombre des examens cliniques effectués. Les mères se font le plus souvent examiner par leur médecin en cas de suspicion de grossesse. Ensuite beaucoup vont voir pour les premiers examens, le médecin ou la sage-femme qui feront l'accouchement.

CAS PARTICULIER :

Au cours de cette surveillance prénatale, certains états gravissimes peuvent être décelés. Dans ces cas, le Code de la Santé Publique, article L 161-I indique que :

"Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le tribunal civil qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut-être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique; un des exemplaires de la consultation sera remis à la malade, les deux autres conservés par les deux médecins consultants."

III - SURVEILLANCE SOCIALE :

L'article L 162 du Code de la Santé Publique prévoit que les femmes enceintes dont l'état sanitaire, la situation matérielle ou morale sont déficientes doivent être suivies par des Assistantes Sociales. Ces visites doivent permettre de donner aux futures mères les conseils d'hygiène et de prophylaxie nécessaires. Cette mesure tend actuellement à être étendue depuis la loi du 6 juillet 1964. Celle-ci demande aux organismes chargés du versement des prestations familiales, de faire connaître au Service de P.M.I toute nouvelle déclaration de grossesse. Ainsi cette surveillance à domicile des femmes enceintes peut être plus systématique, et plus efficace.

Les Assistantes sociales, aussitôt qu'elles ont connaissance d'une nouvelle grossesse sur leur secteur, envoient systématiquement, à la future maman une lettre circulaire. Sur cette lettre, l'Assistante Sociale concernée indique sa permanence, et propose, si la personne préfère, de venir la voir chez elle, si cela peut lui être utile.

Le tableau suivant montre qu'elle est l'activité des Assistantes Sociales au domicile des femmes enceintes ces dernières années. Celle-ci décroît depuis 5 ans. Mais bien des femmes se rendent aux permanences.

VISITES A DOMICILE DES FEMMES ENCEINTES PAR LES ASSISTANTES SOCIALES

Rapports annuels de P.M.I du Département.

Années	Nb de visites à domicile auprès de femmes enceintes	Nb de femmes enceintes suivies à domicile.
1963	2643	1260
1964	2613	1191
1965	1586	1001
1966	1600	1310
1967	1680	860

TABLEAU n° 5

En dehors de la première visite faite à toute femme enceinte qui le souhaite ou qui lui a été signalée, l'assistante sociale oriente son activité suivant les besoins ressentis, ou suivant les demandes de la mère, voire des parents. Elle peut entre autres services, faire connaître aux jeunes mères leurs droits quant aux prestations, allocations, par exemple, ou encore quant à la sécurité d'emploi que doit avoir toute femme enceinte.

En fait, les personnes les plus suivies sont les mères célibataires.

D - AIDE AUX FUTURES MERES :

I - LES ALLOCATIONS PRENATALES :

Elles sont accordées à toute femme enceinte ayant effectué la déclaration de grossesse dans le délai légal des trois premiers mois. Les allocations couvrent les neuf mois de la gestation.

Les modalités sont fixées par les Articles 516 à 518 du livre IV du Code de la Sécurité Sociale.

II - LEGISLATIONS EN FAVEUR DE LA FEMME ENCEINTE EXERCANT UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

Toute femme qui exerce une activité professionnelle a le droit de garder son emploi si elle est enceinte et si pour cela elle est amenée à interrompre son activité. L'employeur est tenu à reprendre cette personne, sinon il devra lui verser des dommages et intérêts.

Un congé de maternité est accordé à toute femme enceinte, et il lui est très recommandé de l'accepter, autant pour elle que pour l'enfant. La durée du congé de maternité est fixée à 14 semaines (en principe 6 semaines avant la date présumée de la naissance et 8 semaines après).

III - MAISONS MATERNELLES ET HOTELS MATERNELS :

Il existe en Côte d'Or une maison maternelle à Ahuy pouvant recevoir 53 futures mères et 25 enfants.

Le but des maisons maternelles a été d'offrir aux futures mères un établissement qui puisse les accueillir, quand pour des raisons sociales ou autres, elles ne peuvent rester dans leur domicile familial. En fait, ces maisons reçoivent surtout des futures mères célibataires. Elles ont permis d'éviter bien des gestes désespérés, et bien des abandons dont l'une des plus grandes causes est l'illégitimité.

La maison maternelle d'après l'article 98 du Code de la Famille, peut recevoir sans formalité, toute femme enceinte à partir du 7ème mois de sa grossesse. Elle peut même dans certains cas recevoir une femme dès le début de sa grossesse. Celle-ci peut demander le secret. La maison garde généralement la mère et son enfant jusqu'à ce que celui-ci ait 3 mois.

Cette maison peut aussi recevoir les mères et leurs nouveaux-nés et les pupilles de l'Etat âgés de moins de un an, avant leur placement en Centre surveillé.

Il y a beaucoup moins de futures mères qui demandent à y être hébergées. Si les maisons ont rendu un service très important en leur temps, il semble que maintenant elles correspondent moins à un besoin. Ceci s'explique en partie par le fait que la future mère célibataire est maintenant, en général, mieux acceptée par notre société qu'il y a seulement 10 ans.

A la sortie de l'établissement, un travail est en général trouvé à la mère. Mais il se pose souvent un très lourd problème quant à la garde de l'enfant. Celle-ci est alors le plus souvent confiée à une nourrice, et rares sont les mères célibataires qui peuvent reprendre chaque soir leur enfant. Ceci contribue souvent au désarroi de ces mères.

Pour remédier à ce problème il a été recommandé avec insistance par le Ministère aux services départementaux de créer ou au moins de stimuler la création d'Hôtel maternel joint à la maison maternelle. Cet hôtel permet d'accueillir toute mère célibataire avec son enfant. Chaque mère y a un petit studio, durant son travail, l'enfant est mis à la crèche de l'établissement, et la mère peut ainsi le retrouver chaque soir.

Un hôtel maternel va être ouvert prochainement à Talant. Nous nous en réjouissons. Ce style d'établissement aura certainement un meilleur avenir que les maisons maternelles.

Ainsi grâce à cette surveillance sociale, même les futures mères de milieux les plus défavorisés peuvent bénéficier de l'aide matérielle apportée à toute femme enceinte.

Rares sont les mères qui échappent à cette surveillance et ceci a un effet très bénéfique comme nous le verrons plus loin.

2° C H A P I T R E

..... SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE AU MOMENT ET APRES LA NAISSANCE

La période de l'Accouchement est essentielle, et si tout n'est pas mis en oeuvre pour assurer le maximum de sécurité à la mère et à l'enfant, l'accouchement peut avoir des conséquences très graves, sur la vie ou sur l'avenir de l'enfant. Ainsi les maternités et cliniques d'accouchement ont une place importante dans notre étude sur la surveillance et la prophylaxie infantile.

Le premier examen pédiatrique fait à l'enfant à la naissance est le premier pas dans cette surveillance de l'enfant, qui a été instaurée par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

A - PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT :

Autrefois la plupart des accouchements se faisaient à domicile et la maternité ne recueillait que les femmes aux conditions de vie trop modestes, les cas sociaux, ou encore les femmes présentant une dystocie ou une affection particulière.

La fréquence de ces Accouchements à domicile a heureusement bien diminué. La mère s'adresse maintenant soit à une clinique d'accouchement, soit à la maternité. Celle-ci bénéficie d'une surveillance médicale constante, de possibilités d'interventions d'urgence, et d'équipements permettant la réanimation immédiate et adaptée, en cas de nécessité; elle est donc le lieu qui représente pour la mère le maximum de sécurité. Certaines mères cependant préfèrent sacrifier cette sécurité pour une atmosphère plus familiale, plus intime qu'offrent certaines cliniques privées. Un gros effort a été demandé à chaque clinique afin qu'elle s'équipe au maximum, pour qu'elle offre les garanties nécessaires, que les normes d'hygiène soient respectées, et que le personnel ait toujours les compétences requises.

Le tableau suivant permet de voir quel est la répartition des accouchements suivant les différents centres.

T A B L E A U n° 6

NOMBRE ET LIEU DES ACCOUCHEMENTS EN COTE D'OR

(Rapports de la D.D.A.S.S.)

LIEUX	NOMBRE	TOTAL PAR CATEGORIES
Hopitaux		4471
- C.H.R.	2331	
- AUXONNE	305	
- BEAUNE	716	
- CHATILLON	311	
- MONTBARD	334	
- SAULIEU	166	
- SEMUR	259	
- ARNAY	49	
Cliniques		2610
- PARC	1068	
- MARMUZOTS	229	
- AUDRY	836	
- JOUVENCE	158	
- Boulevard JOFFRE	110	
- J.J. ROUSSEAU	26	
- NUITS St GEORGE	140	
- AUTRES CLINIQUES	43	
Domicile		400
TOTAL		7481

CONTROLE DES ETABLISSEMENTS D'ACCOUCHEMENT

Ces établissements d'après les articles 93 et 97 du Code de la Famille doivent présenter des conditions d'Hygiène, de compétence et de moralité très rigoureuses. Ils ne peuvent fonctionner que s'ils ont reçu une autorisation préalable.

Le Préfet peut ordonner la fermeture d'un établissement si le rapport fait par le Service compétent de la D.D.A.S.S. prouve que les conditions requises ne sont pas respectées.

MESURES SOCIALES EN FAVEUR DE LA MATERNITE :

ASSURANCE MATERNITE :

Les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'appareillage relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites sont couverts par une Assurance Maternité selon l'article 296 du Code de la Sécurité Sociale.

ALLOCATIONS MATERNITE :

Celles-ci ont été créées pour encourager la natalité surtout chez les jeunes ménages. Elles sont donc accordées à la première naissance; si la mère a moins de 25 ans ou si cette naissance survient dans les deux premières années du mariage. Cette allocation est aussi attribuée pour toute nouvelle naissance qui survient dans les trois années qui suivent la naissance précédente. (Cf. art. 519 du Code de la Sécurité Sociale.).

Le CARNET DE MATERNITE contient, en plus de nombreux conseils très utiles, les formulaires à faire remplir pour avoir droit aux avantages sociaux prévus pour toute naissance.

B - APRES LA NAISSANCE :

Dans le souci de protéger à la fois la mère et l'enfant, le législateur a prévu non seulement un examen post-natal de la maman, mais aussi une surveillance attentive de l'enfant au cours du premier et du deuxième âges. De plus, dans le cadre de la réforme de 1962, les mesures de protection sanitaire ont été renforcées. Cette réforme instaure une surveillance à domicile précoce, l'intervention des puéricultrices dans la surveillance à domicile, et l'obligation d'un certain nombre d'examen médicaux préventifs pour les enfants d'âge préscolaire.

I - SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE PRECOCE :

Celle-ci peut présenter des caractères particuliers suivant la nature de l'accouchement, le milieu social, etc...

Nous étudierons tout d'abord le rôle des services des prématurés qui depuis leur création, ont contribué grandement à la protection de l'enfant né avant terme.

Puisque depuis 1962, il est recommandé d'organiser une surveillance au domicile de l'enfant nouveau-né, nous étudierons ensuite, l'activité menée en ce sens dans notre département.

A cette période de la vie, les conditions d'alimentation sont essentielles. Certains aspects particuliers seront donc envisagés, en troisième lieu, tels que :

- l'allaitement maternel
- le rôle du lactarium et de la goutte de lait...

Enfin, la mère doit se soumettre à un examen post-natal deux mois après l'accouchement. C'est ce que nous étudierons en dernier lieu.

I) SURVEILLANCE DES PREMATURES :

La débilité néo-natale et la prématurité étant les causes essentielles de décès durant les premières semaines de la vie, il est apparu indispensable de créer des centres destinés à recevoir ces enfants afin de leur procurer les conditions nécessaires pour une survie, et afin aussi de diminuer les séquelles consécutives à cet état.

En côte d'Or, il existe depuis 1953 un centre de prématurés, rue Sainte Anne, à Dijon. Il est rattaché au service pédiatrique du Centre Hospitalier Régional. Il est conçu pour recevoir 35 enfants au maximum. Depuis sa création, son activité s'est fortement développée, comme nous le montre le tableau suivant et depuis plusieurs années, il ne peut couvrir tous les besoins du département. Certaines villes comme Beaune, par exemple, envoient leurs prématurés à Chalon-sur-Saône. Quand la maternité du Bocage a été construite un deuxième service de prématurés provisoire, a été installé. Il peut recevoir 15 enfants. Il fut agréé le 1er janvier 1968.

T A B L E A U n° 7

ACTIVITES DU CENTRE DE PREMATURES "SAINTE-ANNE"

Centre Hospitalier De DIJON - 1953-1967.-

ANNEE	ENTRANTS	DECES	O/O
1953	114	34	29,82
1954	122	37	30,32
1955	161	38	23,60
1956	170	28	16,47
1957	183	35	19,12
1958	220	36	16,36
1959	258	40	15,50
1960	253	29	11,50
1961	278	41	14,74
1962	302	39	12,5
1963	316	45	14,20
1964	354	48	13,55
1965	340	37	10,88
1966	330	40	12,12
1967	309	29	9,40

IMPORTANCE DE LA PREMATURITE :

En France, en moyenne, un enfant sur 10 naît prématurément.

Nous n'avons pu évaluer exactement le nombre de prématurés en Côte d'Or, pour différentes raisons : tout d'abord, les statistiques officielles de l'I.N.S.E.E. indiquent bien le nombre d'enfants nés avant terme, mais il s'agit du terme déclaré à la Sécurité Sociale lors de la déclaration de grossesse, or nous savons qu'il y a bien des inexactitudes, ensuite tout enfant né avant terme n'a pas besoin de soins spéciaux, donc les statistiques Hospitalières ne couvrent pas tous les cas. Enfin, par exemple, si l'on ajoute le nombre d'enfants accueillis dans chaque centre de Côte d'Or, cela ne traduit pas non plus toute la réalité départementale, car comme nous l'avons dit, certains centres périphériques accueillent des prématurés de Côte d'Or, et inversement Dijon reçoit des enfants d'autres départements. En outre, il se pose le problème de la définition du prématuré. En France, la proposition de l'O.M.S. a été adoptée :

"Par Convention est appelé prématuré le nouveau-né de poids inférieur à 2500 grammes".

Nos centres accueillent en fait, donc tous les enfants de moins de 2500 gr, en principe, qu'ils soient prématurés vrais ou débiles.

SOINS DONNES AUX PREMATURES :

Le premier problème qui se pose est celui du transport du petit prématuré au Centre, rue Sainte Anne à Dijon, (sauf pour les quelques enfants qui étant nés à la maternité de Dijon peuvent être accueillis au centre de la maternité. Le transport du prématuré est très traumatisant pour ces enfants, particulièrement quand ils sont de faible poids. Pour permettre, malgré tout, d'assurer le maximum de sécurité, une puéricultrice accompagne l'ambulancier jusqu'au lieu de l'accouchement, emportant avec elle une couveuse portative et le matériel de première urgence. Cette mesure est aussi vraiment importante pour une autre cause : l'enfant nouveau-né, déjà si fragile, est souvent lors de l'arrivée de la puéricultrice très refroidi, fatigué car certaines cliniques ne possèdent pas de couveuse, et même, si elles en ont une, de personnel formé pour donner les premiers soins nécessaires au prématuré.

A son entrée, l'enfant est placé en couveuse. Le "nursing" représente les soins essentiels exigés par l'enfant prématuré : de sa qualité dépend la survie de l'enfant. Des règles d'asepsie rigoureuses permettent une lutte anti-infectieuse efficace.

Le tableau suivant montre la diminution très nette de la mortalité au Centre Sainte Anne; depuis une dizaine d'années. Il permet aussi de voir la chance de survie suivant le poids de naissance. Ces résultats sont dus en partie, aux progrès de la médecine néo-natale, qui ont permis l'application de thérapeutiques plus spécifiques. Mais c'est surtout au personnel hautement qualifié (puéricultrices, infirmières, aides puéricultrices...) à sa discipline en matière d'asepsie, que nous devons ces résultats grâce à la qualité du "nursing" qu'elle dispensent aux enfants.

L'enfant reste au centre jusqu'à ce qu'il atteigne le poids de 2 700 gr. environ. Mais avant sa sortie, il est placé hors de l'incubateur dans un lit, dit de présortie. Ceci permet à l'enfant de s'acclimater sous surveillance aux conditions atmosphériques normales.

T A B L E A U n° 8

ETUDE DES DECES PAR RAPPORT AU POIDS DE NAISSANCE - SERVICE
DES PREMATURES Sainte-Anne - CENTRE HOSPITALIER DE
DIJON

	1000g	1001/1500	1501/2000	2001/2500	2500
-	E D %	E D %	E D %	E D %	E D %
1953	5.5 100	16 11.68 38	15 32	48.3 62	7 0.0
1954	2.2 100	15.12.80	52 14 26	48.7 14	5.2.40
1955	1.1 100	22 16.57 52	10 17	76 12 15	4 0.0
1956	2.2 100	23 10.43 56	10 17	83.6 7	6 0.0
1957	6.4 66	31 14.45 78	15 12	63 1 1	6 1.16
1958	3.2 66	30 14.46 85	14 16	99.6 6	3 0.0
1959	5.5 100	24 10.41 98	19 19 124	6 4	7 0.0
1960	4.3 75	31 10.32 77	2 11 130	8 6 11	0.0
1961	7.7 100	29 16.55 100	11 11 115	7 6 27	0.0
1962	3.3 100	40 14.35 78	15 19 142	7 4 32	0.0
1963	7.6 85	40 16.40 78	12 15 156	10 6 35	1 2.8
1964	5.4 80	38 17.45 72	17 21 218	8 4 3 46	2 4.4
1965	2.7 77	26 10.38 77	10 12 120	8 4 28	2 7
1966	8.5 62,539	14.35 102	14 13 7169	5 2,9 12	1 8,3
1967	12 10.83,320	8.40 74	4 5,4 190	7 3,68 13	0.0

E : ENTRANTS (poids de naissance)

D : DECES

% : POURCENTAGES DE DECES PAR RAPPORT AUX ENTRANTS

2) SURVEILLANCE SOCIALE PRECOCE :

Pendant le séjour de l'enfant au centre de prématurés, une enquête sociale est faite, par l'Assistante Sociale du secteur où logent les parents. Les résultats de cette enquête permettent de décider une sortie précoce ou tardive de l'enfant, suivant le milieu social, voire même un placement en pouponnière. En fait souvent prématurité et milieu social difficile sont intimement liés. Cette visite de l'Assistante sociale peut être très utile pour aider les parents à préparer l'arrivée de l'enfant, et pour dédramatiser cette attente, car bien des parents appréhendent la venue de ce petit être fragile. Malheureusement les résultats arrivent parfois tardivement.

Pour remédier aux difficultés des premiers jours de vie familiale, l'Assistante Sociale ou la puéricultrice de secteur, si elle existe, est prévenue de la sortie de l'enfant, et elle va dans les trois premiers jours rendre visite aux parents. Elle est le plus souvent très attendue. Elle rend ainsi des services fort appréciés.

Nous pouvons remarquer en Côte d'Or que cette surveillance sociale précoce qui devrait être générale, ne concerne que les prématurés.

3) ALLAIEMENT DU NOUVEAU-NE :

Depuis 1950, une nette tendance à l'abandon de l'allaitement maternel a été observée. Aussi de nombreux pédiatres, gynécologues, puéricultrices ont essayé de faire campagne pour remédier à cette situation. Mais si nous ne pouvons évaluer précisément la proportion de femmes qui allaitent, nous pouvons dire cependant que l'éducation sanitaire en ce sens, n'a pas encore été très efficace. C'est surtout l'équipe obstétricale qui en est responsable, car la persuasion dans l'apprentissage peut faire beaucoup et surtout plus que tout stimulant matériel.

Cependant, pour favoriser l'allaitement maternel une prime est donnée aux mères qui allaitent (Art. L 300 du code de la Sécurité Sociale.). Pour cela, il suffit qu'un médecin, qu'une assistante sociale ou une sage-femme remplisse le certificat placé à cet effet dans le carnet de maternité. Un certificat est prévu par mois jusqu'à cinq mois.

LE LACTARIUM :

+ Le lait maternel représente la meilleure alimentation pour le nouveau-né, et tout particulièrement pour le prématuré et pour l'enfant débile. Ainsi le lactarium collecte l'excédant de lait maternel de nourrices. Il assure le contrôle et le stockage de ce lait. C'est surtout les centres de prématurés qui en bénéficient.

A la maternité, une "banque du lait excédentaire" fonctionne grâce aux mères qui veulent bien donner leur lait. En 1962, 198 litres avaient pu être ainsi utilisés.

+ Il est très important de distinguer "banque de lait" et lactarium. Ce dernier, comme nous l'avons vu recueille le lait de femmes qui tirent leur lait à domicile. Ce lait étant acheté 12 Fr le litre en 1968 en Côte d'Or. Une réévaluation est envisagée, car dans la plupart des autres départements le prix d'achat est plus élevé (14 Fr le litre). Un contrôle très rigoureux est donc nécessaire pour éviter toute fraude. Une stérilisation est ensuite nécessaire. Enfin le lait, ainsi collecté est le plus souvent un lait ayant perdu toute qualité colostrale, car il résulte d'une sécrétion prolongée.

+ Au contraire, la banque du lait, organisée dans les maternités recueille le lait excédentaire des mères qui commencent à allaiter. Ce lait est donc colostrale, et présente des valeurs nutritives et digestives bien supérieures pour le nouveau-né, et particulièrement pour le prématuré. De plus, il est tiré sous le contrôle d'une sage-femme, ou d'un médecin et il est consommé aussitôt, donc tout le travail de contrôle et de stérilisation n'est pas obligatoire comme dans un lactarium.

Enfin cette banque de lait, fonctionne comme la banque de sang et représente un service, ce qui développe la solidarité. Nous nous permettons donc d'insister sur cette ébauche de banque de lait de la maternité de Dijon. A Nancy, ce système a été développé au maximum et permet grâce à une campagne d'allaitement maternel très poussée, de nourrir sans frais tous les prématurés du centre de Nancy. 4 litres sont recueillis par jour en moyenne (1). Cette expérience nous paraît très intéressante.

(1) *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale* -
1965 - T 13 - n° 1 page 61 à 72.

VERMELIN - RIBON "Intérêt médical et social de l'allaitement maternel".
ainsi que

Concours Médical - n° 16 - 2 avril 1961.

- LA GOUTTE DE LAIT " -

C'est en 1904 que "la goutte de Lait" a été créée à DIJON. ...
Le Docteur HUET suivit à Dijon l'initiative du Docteur DUFOUR à
Paris . Celui ci avait créé la première Goutte de lait en 1896.

Le but était de lutter contre le taux très élevé de mortalité
Infantile en distribuant du lait , et en exerçant également une surveillance
sanitaire sur la mère et l'enfant .

C'est ainsi que le Docteur HUET , en même temps qu'il créait
la "goutte de lait " ouvrit une consultation de nourrissons gratuite .

Le décret du 21 avril 1945 et l'arrêté du 2 août 1947 , donnèrent
à cette institution sa forme actuelle .

Le lait distribué est contrôlé chimiquement , il est stérilisé
et mis en biberons selon les dosages demandés .

L'intérêt de ces organismes a été très grand durant les périodes
de guerres. Ils ont certainement permis la sûrvie de bon nombre de nourrissons
Mais avec l'apparition des laits en poudre , avec l'élévation du niveau de vie
de tels centres ont moins d'intérêt . C'est pourquoi la plupart ce sont
fermés ou ont pris en charge d'autres activités philanthropique .

4) SURVEILLANCE POST-NATALE :

L'EXAMEN POST-NATAL DE LA MERE :

"Il a lieu obligatoirement dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Il comporte à la fois un examen clinique général, un examen gynécologique et chaque fois que le médecin le jugera utile, un examen radiologique, radiographique ou radiophotographique plutôt que radioscopique" (I)

En fait, il s'agit surtout d'un examen gynécologique permettant la surveillance de l'involution utérine, le dépistage de déficience de la paroi abdominale et des prolapsus génitaux, une surveillance d'éventuels réveils de lésions tuberculeuses anciennes, etc...

Mais, l'examen post-natal est trop souvent négligé par les femmes, alors que l'obligation des examens médicaux prénataux est généralement bien respectée en raison de la subordination du paiement des prestations prénatales au respect de cette prescription.

Peut-être faudrait-il certifier que cet examen a bien été effectué pour pouvoir percevoir le deuxième versement de l'allocation maternité ?

REPOS DE LA MERE :

Comme nous l'avons déjà signalé toute mère a droit à une période de repos durant les 8 semaines qui suivent l'accouchement, ou plus parfois si l'employeur accepte que le repos non pris avant la grossesse soit reporté ensuite.

MESURES FAVORISANT LA PRESENCE DE LA MERE AUPRES DE SON ENFANT :

(I) Allocation de la mère au foyer :

Elle fut instituée par le Décret du 27 septembre 1958 et codifiée par l'article 535 du Code de la Sécurité Sociale. Elle est attribuée au Chef de famille dont la femme ne bénéficie d'aucun revenu professionnel et se consacre uniquement aux tâches du foyer et à l'éducation des enfants.

Ainsi, elle veut permettre de favoriser la présence de la mère au foyer.

(I) Art. 159 du Code de la Santé Publique et
Art. 4 de l'Arrêté du 22 février 1965.

(2) Allocation de Salaire unique :

Elle renforce la mesure précédente, car elle est réservée aux ménages qui ne bénéficient que d'un seul revenu d'activité salariée, à compter du premier enfant (Loi du 23 décembre 1960, art. L 533 du Code de la Sécurité Sociale).

(3) Allocations familiales :

Elles sont versées à la personne qui a la charge effective de l'enfant, à partir du 2ème enfant (Art. L 524-532 du Code de la Sécurité Sociale).

(4) Allocations de logement :

Une naissance attendue ou effective donne droit à une prestation déterminée suivant le nombre d'enfants au foyer, les ressources du foyer et les conditions de logement. (Art. L 536-538. Code de la Sécurité Sociale).

II - SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE DES ENFANTS :

L'ordonnance du 2 novembre 1945 a prévu que tous les enfants jusqu'à 5 ans révolus devaient faire l'objet d'une surveillance sanitaire préventive et éventuellement d'une surveillance sociale. Cette dernière est effectuée par les assistantes sociales, et porte essentiellement sur les catégories les plus défavorisées.

Quant à la surveillance médicale, elle peut être faite soit par le médecin de famille, soit par le médecin de consultations de nourrissons ou du deuxième âge.

I) PRINCIPES GENERAUX DE CETTE SURVEILLANCE :

Les conditions de cette surveillance médico-sociale furent mieux codifiées depuis 1962. La fréquence minimum de ces examens systématiques doit être la suivante :

- tous les mois durant la première année
- tous les 2 mois durant la deuxième année
- tous les 6 mois pendant les 4 années suivantes (1)

a) Grace au CARNET DE SANTE, qui est délivré à tout enfant par les services municipaux de la ville où l'enfant est déclaré (2), les résultats de cette surveillance peuvent être inscrits, ce qui est un principe excellent, car toute l'histoire du développement de l'enfant, de ses épisodes pathologiques, peut être ainsi réunie.

Si le carnet de santé est bien distribué de manière générale, cela ne veut pas dire en fait qu'il est bien utilisé, peu de mères le tiennent à jour, et elles ne le présentent pas toujours au médecin; lui-même oublie parfois de la demander.

Nous pensons que ce carnet serait encore plus utile s'il était mieux conçu, un nouvel exemplaire est en cours de réalisation.

b) LES EXAMENS

Ces différents examens permettent déjà de surveiller la croissance STATURO-PONDERALE, de l'enfant, de suivre l'évolution psycho-motrice. Toute anomalie pourra être ainsi dépistée, grâce aux examens rapprochés, et grâce aux fiches biométriques de référence. Au cours de ces consultations des conseils DIETETIQUES sont donnés, ceci afin d'éviter les erreurs et les difficultés de la période du sevrage par exemple; Une véritable éducation diététique peut être ainsi faite, dans la mesure où les mères sont réceptives. Ces consultations ont vraiment eu un effet favorable sur l'ensemble de la population enfantine, en lui permettant de bénéficier d'une alimentation mieux adaptée et équilibrée.

(1) cf article I de l'arrêté du 22 février 1965.

(2) article I9 de l'ordonnance du 2 nov. 1945.

Des vitamines variées sont aussi prescrites le plus souvent ce qui devrait permettre de faire diminuer voir disparaître les hypovitaminoses telle que le rachitisme...

Au cours de ces consultations enfin, en dehors de toute activité de DEPISTAGE d'un état pathologique latent ou débutant, une véritable ACTION EDUCATIVE peut être faite: des conseils éducatifs, psychologiques peuvent y être donnés, en réponse aux besoins des parents.

C'est à cette période de la vie que sont aussi entreprises les premières vaccinations, mesure préventive par excellence. Le calendrier des vaccinations établi par la commission sanitaire de l'enfance et l'académie de médecine doit être en principe respecté, sauf bien sur en cas de contre-indications. Nous joignons donc le calendrier officiel des vaccinations, ainsi que celui proposé au C.M.R. de Dijon par Monsieur le Professeur ALISON.

c) LA SURVEILLANCE SOCIALE DES ENFANTS : est effectuée par les Assistantes sociales d'après l'article L. 164 du Livre II du code de la santé publique. Cette surveillance se fait à domicile. Grâce aux visites systématiques prénatales, grâce à leur connaissance du quartier, les assistantes sociales peuvent choisir les milieux à suivre. La surveillance systématique n'a pas de sens à ce niveau d'une manière générale. Elle n'est systématique que pour les enfants placés hors du domicile familial, pour les familles surveillées ou secourues. Dans ces cas, l'assistante sociale s'assure que "les enfants reçoivent tous les soins que nécessite leur état et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit" (1)

"La surveillance sanitaire à domicile peut être renforcée par l'intervention en liaison avec le service social, des puéricultrices diplômées d'Etat" (1)

"Chaque fois que cela est nécessaire, l'assistante sociale doit engager la famille ou la personne qui a la garde de l'enfant à faire appel à un médecin et le cas échéant, faire appuyer son avis par un médecin agréé par le service de protection de l'enfance" (2).

(1) Article 8 - décret n° 62.840 du 19 juillet 1962.

(2) Article L. 166 du code de la santé publique.

CALENDRIER DES VACCINATIONS

Première à Sixième année

Age Conseillé pour le début de la Vaccination	Nature de la Vaccination	Schémas proposés.
Premiers jours	Vaccination par le B.C.G.	
3ème mois 4ème mois 5ème mois } 3 injections.	Soit vaccination associée antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheuse (I) Soit vaccination anticoquelucheuse seule	Variante A Variante B
6ème mois	Vaccination antivariolique	
7ème mois 8ème mois 9ème mois } 3 injections.	Soit vaccination antipoliomyélitique seule Soit vaccination associée, antidiptérique-antitétanique-antipoliomyélitique (2)	Variante A Variante B
Entre le 10ème et le 12ème mois	Vaccination par le B.C.G. si l'enfant ne l'a pas reçue à la naissance.	
Entre 15 et 18 mois	Rappel de Vaccination : Soit antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheuse (I) Soit anticoquelucheuse seule	Variante A Variante B.
Entre 18 mois et 2 ans.	Rappel de Vaccination : Soit antipoliomyélitique seule Soit antidiptérique-antitétanique-antipoliomyélitique	Variante A Variante B
2 ans	Vaccination par le B.C.G. si l'enfant ne l'a pas reçue antérieurement.	
A partir de 2 ans.	Vaccination antityphoparaphoïdique si l'enfant vit dans une région où la maladie sévit à l'état endémique.	
6 ans	Vaccination par le B.C.G. obligatoire si la réaction tuberculinique est négative. Rappel de Vaccinations antidiptérique, antitétanique et antipoliomyélitique (3).	

(1) Le Vaccin antipoliomyélitique peut être injecté dans la même séance, en un autre point du corps, en utilisant un vaccin quadruple. Il peut également être administré par voie orale au cours de la même séance.

(2) Le vaccin anticoquelucheux s'il n'a pas été administré à 3, 4 et 5 mois, peut être injecté dans la même séance, en un autre point du corps en utilisant un vaccin quadruple.

(3) Il est parfaitement loisible, lors de cette deuxième injection de rappel de vaccin triple de procéder à une injection de rappel du vaccin anticoquelucheux en un autre point du corps ou de remplacer ces deux injections par une seule injection d'un vaccin quadruple.

TABLEAU n° 10

CALENDRIER DES VACCINATIONS

proposé par le Service pédiatrique du C.H.R. de Dijon.
Docteur ALISON

1er MOIS	B.C.G. conseillé
2ème MOIS	
3ème MOIS (fin du)	1ère injection de vaccin antitétanique, antidiphtérique, anticoquelucheux et 1ère prise buccale simultanée de vaccin antipoliomyélitique.
4ème MOIS (fin du)	2ème injection du vaccin antitétanique, antidiphtérique, anticoquelucheux avec 2ème prise buccale de vaccin antipoliomyélitique.
5ème MOIS	
6ème MOIS (courant du)	3ème injection de vaccin antitétanique, antidiphtérique, anticoquelucheux et 3ème prise buccale de vaccin antipoliomyélitique.
7ème MOIS (fin du) ou courant du 8ème MOIS	Vaccination antivariolique
9ème MOIS	
10ème MOIS 11ème MOIS 12ème MOIS	B.C.G. éventuellement
15 à 18 MOIS	Rappel antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheux, et prise buccale antipoliomyélitique.
2 ANS	Vaccination par le B.C.G. (si l'enfant ne l'a pas reçue antérieurement).
à partir de 2 ANS	Vaccination antityphoparatyphoïdique si l'enfant vit dans une région où la maladie sévit à l'état endémique.
6 ANS	Vaccination par le B.C.G. , obligation si la réaction tuberculinique est négative. Rappel de vaccinations antidiphtérique, antitétanique antipoliomyélitique (buccale ou injectable).

L'intervalle à observer entre chacune des injections de la vaccination antidiphtérique antitétanique, anticoquelucheuse, antipoliomyélitique, ou entre chaque prise de vaccin antipoliomyélitique buccal est de 4 SEMAINES AU MOINS, 8 SEMAINES AU PLUS

Au delà de ce délai, il est indiqué de recommencer la vaccination complète.

Les délais concernant les rappels devront être strictement observés pour le 1er RAPPEL, POUR LES RAPPELS ULTÉRIEURS : 7 ANS.

2) CONSULTATIONS DE NOURRISSONS ET D'ENFANTS DU PREMIER AGE

Des centres de consultations furent créés dans chaque département, afin d'offrir aux familles des possibilités privilégiées de surveillance. En effet, si les examens de prévention prévus dans le carnet de maternité sont remboursés intégralement aux familles, quelque soit le médecin qui les effectue (à condition que les honoraires perçus par le médecin soient conformes à la convention), dans ces consultations de PMI, en principe les examens sont entièrement gratuits.

Une consultation est prévue pour 2.000 habitants en moyenne. Une équipe médico-sociale travaillant sous la responsabilité du médecin assure cette consultation. Les activités de prévention décrites plus haut y sont effectuées. Mais ce qui caractérise ces consultations, c'est qu'elles n'ont qu'une visée PREVENTIVE. Le médecin de la consultation n'a le droit que de prescrire des vitamines... et de vacciner s'il est agréé. Tout enfant suspect de présenter une affection pathologique, ou tout enfant malade qui est vu à cette consultation est orienté vers un autre médecin, ou vers l'hôpital. Cette dissociation soins-prévention est un lourd handicap dont nous reparlerons.

L'équipe para-médicale, permet au médecin de gagner du temps, en assurant, pesée, mensuration, premier interrogatoire, déshabillage de l'enfant. Les puéricultrices quand elles existent, peuvent prolonger l'action du médecin en réexpliquant les prescriptions médicales et le régime, en s'assurant que la mère a bien compris et même s'il y a lieu en allant revoir la mère à son domicile pour faire une démonstration si le besoin s'en fait sentir.

L'Assistante Sociale a aussi un rôle très précieux car elle donne au médecin les renseignements sociaux très utiles.

Ainsi, grâce à la collaboration de chacun, un travail autant préventif qu'éducatif peut être effectué. Dans les centres sociaux, implantés dans certains secteurs, cette surveillance médico-sociale, se fait souvent dans des conditions encore bien meilleures que dans des consultations isolées. Les mères peuvent revenir à la permanence de l'assistante sociale ou de la puéricultrice pour demander un conseil.

TABLEAU n° 12

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS . Rapports P.M.I. annuels.

ANNEE	Nombre d'enfants 1er age	Nombre de Centres de Consultations	Nombre de Consultations	Nombre sujets inscrits	Nombre examens cliniques
1956			528	1829	11904
1957	6850	32	598	1364	8728
1958	6910		696	1650	11128
1959	6755		866	2210	13074
1960	7034		821	1797	10224
1961	6986	28	825	1793	11993
1962	6721				
1963	7328	22	712	1410	7843
1964			764	1689	8712
1965	7270	24	735	1855	9381
1966	7320		987	2237	10457
1967	7360	24	1005	2289	9542

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS A DIJON

- Consultations de Nourrissons gérées par la D.D.A.S.S. :
 - Rue Nicolas Berthot
 - Maternité
- Consultations de Nourrissons gérées par la C.M.I. :
 - Centre social des Grésilles
 - Centre social des Bourroches
 - Centre Social de Greuze- Rue Cl. Debussy
 - Centre Social de Chenove.
- Consultations de Nourrissons d'Initiative privée :
 - Rue Franklin. "Goutte de Lait".

"Equipements Sanitaires et Sociaux"

Documentation - Agence intercommunale d'URBANISME.
mai 1968.)

24 consultations de Nourrissons en Côte d'Or, trois dépendant des Services SNCF et une dépendant du C.H.R. (à la maternité de Dijon).
2289 nourrissons y ont été examinés, au cours de 1005 séances de consultations.

L'étude détaillée de l'activité des différents centres reflète une différence d'activité entre Dijon et les autres villes ou bourgs.

Nous donnons ici le tableau de l'activité des différentes consultations de nourrissons du département.

TABLEAU n° 13

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS POUR L'ANNEE 1967.

Consultations de Nourrissons	Nombre de Consultations	Nombre d'enfants Inscrits	Nb. examens effectués
Maternité	99	467	1977
Gréailles I	48	118	724
II	49	67	254
Greuzot	45	86	454
Franklin	108	284	1154
Berthot	101	223	1504
Volnay	28	82	237
Auxonne	46	121	362
Beaune	47	91	523
Bligny/ouche	11	15	66
Chenove St Thérèse	46	80	542
Chenove ZUP	47	155	612
Couchey	12	3	18
Gevrey Chambertin	15	14	71
Marsannay	11	52	222
Meursault	12	18	74
Montbard	11	45	93
Nuits/George	12	9	40
Pommard	12	1	22
Venarey les Launes	11	16	60
Vitteaux.	12	7	34

Quand on considère le nombre d'enfants inscrits, aux consultations de nourrissons, nous remarquons que celui-ci après avoir diminué entre 1960 et 1964, augmente progressivement, plus vite que la poussée démographique le laisserait prévoir. Ainsi, il semble que contrairement à l'opinion ou aux vœux émis parfois ces consultations ne tendent pas à disparaître. Il existe donc toujours un besoin. La compétence des médecins responsables des consultations de nourrissons, l'aménagement des consultations peuvent expliquer l'intérêt porté par les parents aux consultations organisées. C'est d'ailleurs ce qu'exprime nettement la circulaire ministérielle suivante:

"Si une certaine désaffection de ces consultations continue en certains endroits à se manifester comme cela avait été indiqué dans la circulaire du 2 février 1960, elle paraît stoppée lorsque la consultation est effectuée par un médecin qualifié, y consacrant le temps voulu et lorsqu'elle a lieu dans des locaux avenants"

(.....)

D'ailleurs "différents facteurs peuvent faire prévoir une recrudescence de la fréquentation de ces consultations =

- l'augmentation de la natalité, prévue à partir de 1966
- l'arrivée de migrants de faible niveau socio-économique et sans attaches locales

- les obligations supplémentaires imposées par le décret du 19 juillet 1962.

- la généralisation du recrutement de médecins PMI, plein temps et de puéricultrices diplômées d'Etat" (I)

Malheureusement ces consultations PMI se heurtent à certaines difficultés :

- Nombre de consultants parfois trop nombreux, entraînant de longues séances pour l'équipe médico-sociale et une attente prolongée pour les familles. Certaines consultations ont été dédoublées, il serait nécessaire de dédoubler certaines autres comme celle de la Maternité, de la rue Nicolas Berthot.

3) CONSULTATIONS DU DEUXIEME AGE :

Elles ont pour but de surveiller la croissance et le développement physique et psychique des enfants de 2 à 6 ans. En Côte d'Or, il n'existe que 5 consultations du deuxième âge actuellement. Pourtant un effort avait été demandé en 1962 par le ministère de la Santé et de la population pour développer ces consultations. Celles-ci ne posent en principe pas de problème d'équipement particulier puisqu'elles peuvent fonctionner dans les locaux de consultations de premier âge, à des heures différentes.

Ainsi l'activité de prévention de cet âge échappe en pratique à toute surveillance organisée par la PMI. Elle échappe aussi très souvent à toute autre surveillance médicale. Le tableau ci-joint montre le nombre infime d'enfants ainsi examinés dans ces centres, jusqu'en l'année 1967, voit s'annoncer une nette amélioration.

Nous touchons ici une énorme carence dans la surveillance médico-sociale chez l'enfant. Nous en reparlerons ultérieurement.

(I) Circulaire S.P n° 208, du 28 mai 1963.

TABLEAU n° 14

CONSULTATIONS DU II^e AGE

Rapports de PMI

ANNEE	Nb d'enfants de 1 à 6 ans	Nb de Centre de consultations	Nb d'enfants inscrits	Nombre de Consultations	Nb d'examens cliniques	nombre CHR SNCF	
1956							
1957	33470		278	145	576		
1958	33587		349	204	843		
1959	33820		164	84	544		
1960	33945		233	171	472		
1961	34094		235	180	755		
1962							
1963	34841	4	176	147	379	I	3
1964		4	370	225	639	2	2
1965		5	632	149	992	I	4
1966	35790	5	474	81	797	I	4
1967	36130	5+	1178	270	1430	I	4

+ dont 1 organisée au CHR
4 organisée à la SNCF

III - INSTITUTIONS CONCOURANT A LA SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE DES ENFANTS :

i) Avant tout autre établissement, nous devons signaler l'ACTIVITE DES SERVICES PEDIATRIQUES, qui bien que n'étant pas destinés à une activité préventive à proprement parler, participent cependant à cette immense tâche de PROTECTION.

EQUIPEMENT DE LA COTE D'OR EN CENTRES PEDIATRIQUES (I) (II)- Services hospitaliers :

. C.H.R. DIJON

Médecine infantile..... 84 lits (non compris le service des prématurés)

Chirurgie infantile..... 32 lits

. Hôpital de VITTEAUX..... 37 lits

. Hôpital de SEMUR..... 22 lits

. Hôpital de BEAUNE..... 14 lits

- Cliniques :

DIJON - CLINIQUE PLANSON, rue de Metz....38 lits

DIJON, - CLINIQUE MIRANDE, rue de Mirande.20 lits.

(I) Rapport annuel de PMI, 1967.

(II) "Equipements sanitaires et Sociaux". Documentation Agence intercommunale d'URBANISME, mai 1963.

La surveillance des enfants rendue obligatoire pour établir un diagnostic, pour suivre l'évolution pathologique, et pour étudier l'effet thérapeutique, est le plus souvent complète et de grand intérêt. Mais l'activité préventive collective d'abord, individuelle, ensuite, n'est pas toujours assurée avec vigilance. Les interminables épidémies "colibacilles" n'en sont qu'une des preuves les plus évidentes. Les locaux mal adaptés sont en partie responsables.

2) ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENTS QUI CONCOURENT AUSSI A LA PREVENTION :

a) LES CRECHES :

Ces établissements ont pour but de garder pendant le travail de leur mère des enfants bien portants âgés de moins de 3 ans révolus.

Les crèches sont ouvertes pendant la journée généralement de 7h du matin à 7h du soir. Elles sont fermées, le dimanche et les jours fériés. Ainsi les enfants ne sont pas séparés totalement de leur milieu familial.

Le décret du 21 avril 1945 et l'arrêté du 18 avril 1951 réglementent ces établissements, afin de créer les conditions les meilleurs, pour que l'enfant qui passe de longues journées dans ces établissements puisse se développer de façon satisfaisante tant physiquement que mentalement.

Voici les grandes lignes de cette réglementation :

1° Aucune crèche ne peut fonctionner sans l'autorisation préalable et ensuite le contrôle des autorités sanitaires départementales.

2° Les locaux doivent répondre à des normes minimales quant au nombre de pièces nécessaires, à leur superficie, leur condition d'aération, de chauffage, etc....

3° Le nombre minimum de personnel s'occupant des enfants est précisé ainsi que l'obligation, pour assurer la direction d'une crèche, de posséder le diplôme d'Etat de puéricultrice.

4° Enfin une surveillance médicale de l'établissement doit être assurée par un médecin présentant des références suffisantes en pédiatrie" (1)

A l'origine, en Côte d'Or, comme ailleurs, les crèches étaient des établissements charitables, progressivement leur recrutement a changé.

(1) Tiré de l'article de Mme le Docteur DAVIDSON sur "les crèches de Paris et de sa banlieue" cahiers de santé, n° 24 OMS.

Actuellement, les crèches sont destinées aux enfants de tous milieux, afin de répondre aux besoins croissants de garde d'enfant consécutif au travail féminin. Bien que leurs constructions ne soient pas obligatoires, l'Etat encourage et aide financièrement la création de tels établissements surtout dans les zones urbaines. "Les urbanistes notamment, sont invités à prévoir des crèches dans les équipements des ensembles d'habitations parmi tous les autres équipements médico-sociaux et culturels. Il est prévu dans les plans d'urbanisation environ une crèche pour 10.000 ou 20.000 habitants" (1)

En Côte d'Or, jusqu'en 1966, il existait 4 crèches représentant 137 places seulement pour une population de 414000 habitants. Toutes ces crèches sont implantées à DIJON, une cinquième crèche de 60 places a été ouverte aux Grésilles à DIJON, en 1968. Ceci représente une crèche pour 37.000 habitants dans l'agglomération dijonnaise. Nous sommes bien en-dessous du nombre nécessaire!

Voici quelle est la répartition des crèches à DIJON : (2)

CRECHE MONGE - rue Monge	25 lits
CRECHE VOLTAIRE - Bd Voltaire	36 lits
CRECHE TARNIER - Av. Jean Jaurès	40 lits
CRECHE JOUVENCE - Montchapet	36 lits
CRECHE des Grésilles	60 lits

197 lits

Pourtant, en Côte d'Or, le besoin de tels établissements se fait ressentir car pour chaque crèche, il y a une liste d'attente très importante, et bien des personnes qui seraient désireuses de mettre leur enfant en crèche sont obligées d'avoir recours à d'autres moyens de garde, souvent plus onéreux, et parfois moins satisfaisants. La création des crèches devrait aller de paire avec la construction des grands ensembles, car c'est dès l'aménagement que souvent la famille cherche à faire garder ses enfants si la mère travaille. Or, par exemple pour la construction de la crèche des Grésilles, l'ouverture a été vraiment très tardive. Si celle-ci n'a pas fait le plein tout de suite, c'est que depuis des années, les parents ont pris d'autres dispositions, et que sur ce quartier, le gardiennage à domicile s'est beaucoup développé pour répondre aux besoins.

Nous pensons que cette sorte d'institution a un grand intérêt à l'heure actuelle, car elle PEUT ETRE un milieu très favorable à l'enfant si les conditions de logement, d'aération, de répartition des enfants par petites unités sont bien respectées, et surtout si le personnel possède les qualifications voulues, et plus encore les compétences nécessaires, et enfin si les normes d'encadrement sont bien respectées. Nous savons que certaines crèches de Côte d'Or répondent vraiment à ces critères et qu'elles apportent un milieu très épanouissant pour les enfants qui les fréquentent.

(1) Article de Mme le Docteur DAVIDSON.

(2) "Equipements Sanitaires et Sociaux", mai 1968, documentation : agence intercommunale d'URBANISME.

Il est donc à regretter que de telles crèches ne soient pas assez nombreuses et par là, qu'elles soient souvent loin du domicile ou du lieu de travail des parents, obligeant souvent ceux-ci à faire de longs parcours pour conduire l'enfant. Quand les parents n'ont pas de voiture, cela pose de gros problèmes durant les saisons froides.

Comme il s'agit d'une collectivité d'enfants les risques de contamination sont importants.

Des mesures prophylactiques sont donc exigées =

Arrêté du 18 avril 1951 :

Article 15 : l'inscription d'un enfant dans une crèche n'est définitive qu'après la visite du médecin de la crèche.

L'admission ne peut être prononcée que si l'enfant a subi la vaccination antivariolique, laquelle peut être pratiquée dans la crèche. En cas d'insuccès, l'enfant doit être revacciné dans les trois mois. Tout enfant de plus d'un an entrant ou présent à la crèche est vacciné contre la diphtérie et le tétanos.

Article 16 : Aucun enfant ne doit être accepté ni gardé à la crèche. La même interdiction s'applique, pendant les délais d'éviction d'usage, aux frères et soeurs des enfants atteints d'une maladie contagieuse. Si, au cours de la journée, un enfant paraît malade, il est isolé et n'a aucun contact avec les autres, en attendant, que les personnes qui l'ont confié à la crèche puissent venir le chercher.

Article 17 : Pendant leur séjour à la crèche, les enfants doivent être l'objet d'une surveillance constante. Chaque enfant est toujours couché dans le même lit qui porte un numéro d'ordre.

Les enfants sont pesés tous les deux jours jusqu'à quatre mois et une fois par semaine ensuite. La taille est mesurée une fois par mois.

Une feuille individuelle d'observation placée auprès de chaque lit porte les courbes de poids, de taille et les indications de régime. Ces renseignements doivent être transcrits sur le carnet de santé de l'enfant.

Les enfants qui ne marchent pas doivent être vus par le médecin au moins une fois par semaine, les autres enfants au moins une fois par quinzaine.

b) LES POUPONNIERES

Suivant la définition légale française, la pouponnière a pour objet de garder de jour et de nuit les enfants de moins de trois ans accomplis qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille, ni bénéficier d'un placement familial surveillé. N'y sont admis que les enfants en bonne santé ou hypotrophiques à l'exclusion des enfants atteints d'une maladie aiguë.

Ces établissements sont réglementés par le Décret du 21 avril 1945, et du 18 avril 1951. Il s'agit de la même réglementation générale que pour les crèches, mais avec quelques dispositions particulières visant surtout à assurer une surveillance médicale importante, et à éviter tout risque de contamination. Le Lazaret (qui est devenu facultatif dans quelques rares cas de pouponnières destinées aux bien-portants, selon l'arrêté du 2 septembre 1964) reste le meilleur moyen d'éviter toute contamination en permettant d'isoler tout nouvel enfant admis et ceci durant une période de 24 jours.

En Côte d'Or, il n'existe que trois pouponnières. Aucune ne concerne des enfants bien-portants.

- la pouponnière de Sainte Anne accueille orphelins et enfants dépendants du service de l'aide à l'enfance. Même si certains considèrent cette pouponnière comme une pouponnière d'enfants bien portants, il n'en est rien en fait, car ces enfants sont, à cause de leur origine en générale, assez et parfois très déficients.

- la pouponnière de Talant est destinée à des enfants hypotrophiques.

- la pouponnière de Semur est surtout réservée aux enfants qui doivent être vaccinés par le B.C.G. avant d'être repris par leur famille, si celle-ci est contaminée par la bacillose. Les enfants y sont admis jusqu'à trois mois. Mais cette pouponnière admet aussi des enfants hypotrophiques.

Les trois pouponnières répondent en principe aux exigences demandées pour la catégorie d'enfants considérée.

TABLEAU n° 15

LES POUPONNIERES DU DEPARTEMENT

ANNEE	pouponnières pour enfants débiles								
	C.H.U. Sainte Anne			SEMUR			TALANT		
	Nb	Lits	Admis	Nb	Lits	Admis	Nb	Lits	Admis
1957	I	24	167				I	45	77
1958	I	24	142				I	47	59
1959	I	22	151				I	45	69
1960	I	25	152	I	II	42	I	45	47
1961	I	28	133	I	II	28	I	45	44
1962	I	28	171	I	22	30	I	45	35
1963	I	24	151	I	22	41	I	45	96
1964	I	28	192	I	20	52	I	45	92
1965	I	24	123	I	22	38	I	45	90
1966	I	24	152	I	22	31	I	45	90
1967	I	24	152	I			I	35	71

Il est nécessaire que les conditions de vie soient très favorables. En effet, il faut prévenir les troubles que de telles conditions de vie très peu naturelles, loin du milieu familial, peuvent engendrer. D'autre part, il faut éviter toute contamination. Nous pouvons noter avec grand intérêt l'évolution très favorable des conditions de vie à la pouponnière de Talant, depuis la modernisation des locaux.

Il reste un énorme problème local posé par la pouponnière Sainte Anne... Si à l'origine la vétusté des locaux, et son exiguité pouvaient être tolérés parce que les enfants n'étaient là que de passage, en attendant un placement, il ne peut plus en être ainsi! Maintenant, certains enfants restent au foyer de l'enfance plusieurs mois. Les normes de SECURITE, de PREVENTION physique déjà et mentale ensuite ne sont pas toujours respectées. Nous ne comprenons pas comment les organismes sanitaires départementaux, tolèrent une telle situation. Nous pensons que cette situation doit évoluer au plus vite, car nous ne pouvons tolérer que ces enfants déjà victimes, ne connaissent pas de meilleures conditions de vie (le dévouement du personnel essaie bien de suppléer aux conditions de vie, mais ceci n'est pas suffisant). Les exigences imposées pour tout autre établissement ne sont pas respectées (manque de lazaret, d'infirmierie séparée de la pouponnière, de garderie d'enfants, etc...).

Nous pensons que dans de telles conditions de vie, on ne peut PREVENIR L'INADAPTATION ET PAR VOIE DE CONSÉQUENCE LA DELINQUANCE, QUI PEUVENT PRÉSENTER PLUS TARD CES ENFANTS, SI SOUVENT REJETÉS PAR NOTRE SOCIÉTÉ.

c) LES GARDERIES ET JARDINS D'ENFANTS

Ces établissements sont destinés à garder les enfants entre 3 et 6 ans bien-portants, c'est à dire après l'âge d'admission à la crèche.

Là les enfants reçoivent les soins d'hygiène qu'exige leur âge; leurs capacités physiques et mentales sont développées surtout grâce aux jeux.

Les dispositions prises par l'ordonnance du 2 novembre 1945, qui furent codifiées dans le code de la SANTÉ PUBLIQUE (article LI80 et LI81) puis qui furent reprises par le décret du 12 août 1962, fixent les conditions d'ouverture et de fonctionnement (les grandes lignes de cette réglementation sont semblables à celles de la réglementation des crèches et des pouponnières). Ces dispositions fixent aussi les conditions d'admission et de surveillance des enfants :

- pour être admis à fréquenter la garderie ou le jardin d'enfant, l'enfant doit être examiné par le médecin de l'établissement afin d'éliminer les enfants atteints d'une affection aiguë ou contagieuse incompatible avec le séjour dans une collectivité d'enfants. L'enfant devra avoir reçu les vaccinations obligatoires. Chaque trimestre, un examen complet de chaque enfant doit être pratiqué par le médecin de l'établissement.

En fait, comme avant 1952 aucune réglementation générale n'avait été fixée, les responsables sanitaires des départements ont parfois éprouvé des difficultés pour agréer ou non ces établissements. Ceci explique pourquoi certains établissements furent agréés, sans pourtant présenter toutes les garanties voulues.

Voici d'après les rapports annuels PMI l'équipement du département en garderies et jardins d'enfants.

Comme nous pouvons le constater, ces établissements ne touchent vraiment qu'une petite catégorie d'enfants, alors que le besoin de tels centres d'enfants se fait vraiment ressentir.

T A B L E A U n° 16

GARDERIES - JARDINS D'ENFANTS

de COTE D'OR

ANNEES	MUNICIPALES		PRIVEES	
	nombre	nombre de places	nombre	nombre de places
1956	27	607	5	440
1957	24	303	5	250
1958	25	540	5	440
1959	25	473	5	490
1960	20	541	5	490
1961				
1962				
1963	19	591	4	524
1964	19	552	2	110
1965	17	498	1	70
1966	17	498	1	70

d) HALTE - GARDERIES :

Elles sont destinées à garder les enfants de 3 mois à 4 ans révolus, de façon occasionnelle, pendant l'absence de la mère; elles rendent donc de très grands services aux familles. Les exigences d'admission sont moins rigoureuses que pour les autres collectivités d'enfants, car ces haltes garderies, ont vraiment une mission d'aide temporaire.

Des isolements sont prévus au cas où l'enfant accueilli, présente le moindre signe pathologique suspect. Mais d'une manière générale aucun enfant malade n'est accepté et les délais d'éviction en vigueur pour les élèves des établissements scolaires doivent être aussi observés, (les enfants qui ont un membre de leur famille porteur d'une maladie contagieuse ne peuvent non plus être admis).

La mère apporte le linge et la nourriture nécessaires.

Dans notre département, il existe 3 halte garderies actuellement, toutes trois étant à Dijon. Une est implantée dans le quartier de Montchapet, et l'autre aux Grésilles. Une provisoire fonctionne à Chenôve, en attendant l'ouverture de la Halte garderie du Centre Social.

Il est regrettable qu'il ait fallu attendre ces deux dernières années pour qu'enfin notre département s'équipe en Halte-Garderies.. quand on considère les services rendus par de tels établissements, nous ne pouvons que souhaiter que d'autres se créent au plus tôt.

e) les ECOLES MATERNELLES

Avant la réforme de 1964, les classes maternelles dépendant des établissements scolaires, ne relevaient pas de la PMI puisqu'elles étaient prises en charge par les services d'hygiène scolaire dépendant du ministère de l'Education nationale. Actuellement, ces écoles doivent être prises en charge par le Secteur Enfance du département (mais la mise en place de cette réorganisation est très lente).

Avant 1964, ces écoles maternelles dont nous trouvons ci-jointe la liste, bénéficiaient de la surveillance sanitaire organisée par les services d'hygiène scolaire, dans la mesure des possibilités. Depuis la mise en place de la réforme en Côte d'Or, c'est à dire, depuis 1966 surtout, petit à petit les médecins qui assuraient la surveillance des classes maternelles eurent d'autres attributions (justifiées par le manque de médecins scolaires). Ainsi la surveillance médicale des enfants fréquentant ces classes maternelles n'est que rarement assurée régulièrement. C'est encore la 2ème enfance qui est négligée.

La carte ci-jointe indique le nombre et la répartition des classes maternelles en Côte d'Or.

Le tableau suivant précise l'équipement de DIJON.

TABLEAU n°17

ECOLE MATERNELLES A DIJON

Ecoles privées

	<u>Enfants</u>		<u>Enfants</u>
Alix	129	St François	110
Notre Dame	177	St Joseph	24
Nord		St Michel	70
St Bénigne	224	St Pierre	128
St Dominique	108	St Ursule	72
Total = 1062 enfants.			

TABLEAU n° 12

ECOLLES INTERNELLES A DIJON

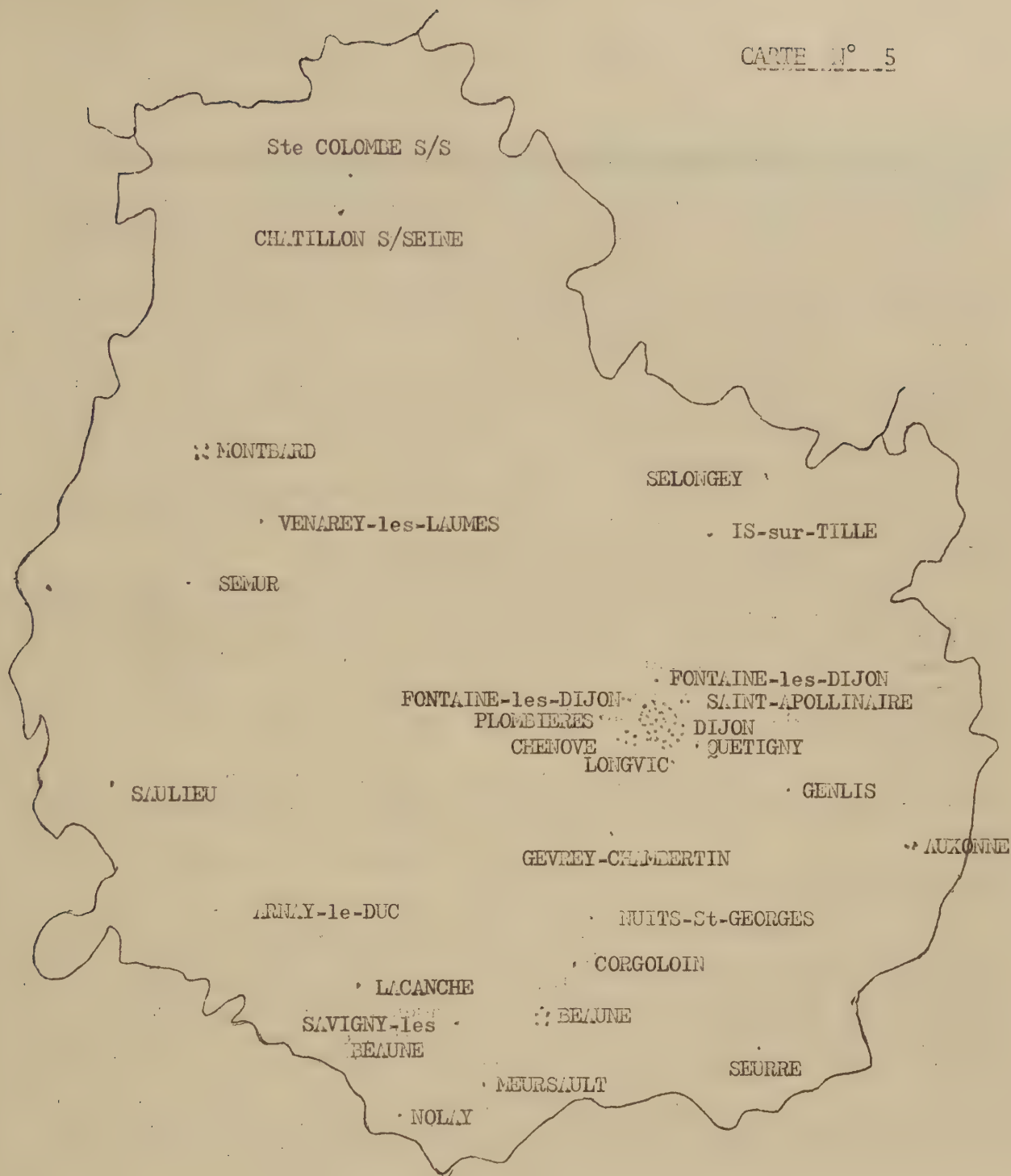
(bulletin municipal, officiel, Ville de Dijon)

ECOLLES PUBLIQUES

	Nombre de classes	Nb d'enfants au I.II.1968.
I - BOURROCHES	3	155
2 - CHAMPOLLION	6	210
3 - CHEVREUE	5	214
4 - D'ALEMBERT	4	140
5 - DAMPIERRE	4	166
6 - DAPCY	5	197
7 - DEVOSGES	6	240
8 - DRAPEAU		165
9 - CHARLES DUMONT	2	81
10 - EIFFEL	5	187
11 - GRESSILLES	5	142
12 - GREUZE	5	214
13 - JEAN JAURES	5	177
14 - JOFFRE	4	138
15 - LARREY	5	200
16 - LOCHERES	6	250
17 - MALADIERE	5	187
18 - MANCARD	5	200
19 - MARINZOTS	3	87
20 - MIRANDES		8
21 - MONTCHAPET	5	228
22 - MONTMIZARD	5	241
23 - MONTS DE VIGNES	4	172
24 - OUEST	4	164
25 - PETITE ROCHE	3	170
26 - POUILLY	3	95
27 - TURGOT	6	230
28 - VALENDONS	4	154
29 - VARENNES	5	172
30 - VICTOR HUGO	5	196
31 - VOLTAIRE	5	251
32 - YOEK	4	138
33 - CASTELNAU		83
TOTAL		5658

Avec les écoles maternelles privées .

TOTAL = 43 écoles maternelles - 6720 enfants.



• = 1 classe maternelle.

1968 REPARTITION DES CLASSES MATERNELLES PUBLIQUES EN COTE D'OR

- COTE D'OR : 69 Classes maternelles publiques.
- DIJON-Ville: 33 classes maternelles publiques.
- Agglomération : 44 classes maternelles publiques.

IV - LA SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE DES NOURRICES ET GARDIENNES D'ENFANTS

Le Code de la Santé Publique dans les articles L 163 à L 174 prévoyait toute une réglementation pour protéger les enfants gardés en nourrice de nuit et de jour, vivant donc hors du domicile des parents. Le décret n° 62.840 du 19 juillet 1961 a repris et complété les dispositions prévues par le Code de la santé publique. Depuis, la garde des enfants à la journée s'étant considérablement développée, il est apparu nécessaire d'entendre aux enfants placés à la journée les principes en vigueur pour la garde continue. Ceci semble en fait très logique car nous savons que ce style de placement est parfois bien médiocre que la sécurité de l'enfant n'est pas toujours assurée.

Voici les grandes lignes de la réglementation du gardiennage d'enfants : Toute personne qui désire recevoir en garde un enfant d'âge préscolaire pour une durée supérieure à huit jours, devra se munir :

1° "d'une attestation du Directeur de la Santé délivrée après enquête effectuée par une Assistante Sociale et témoignant de la moralité de l'intéressée, ainsi que celle des personnes vivant dans son entourage, de son aptitude à élever des enfants et de la salubrité du local d'habitation. Cette attestation indique quels sont les moyens d'existence de la nourrice et précise en outre le nombre d'enfants qu'elle peut recevoir en garde. Celui-ci ne peut en aucun cas dépasser trois."

"L'assistante Sociale s'assure notamment que ni la nourrice, ni aucune personne de son entourage immédiat n'est alcoolique notoire."

2° "d'un certificat du maire de la commune où réside l'intéressé mentionnant son état civil."

3° "d'un certificat médical déclarant que ni la nourrice, ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant n'est atteinte d'une affection susceptible de nuire à celui-ci. Le certificat ne peut être établi qu'au vu notamment des résultats négatifs d'un examen radiologique pulmonaire effectué en vue du dépistage de la tuberculose ainsi que, pour la nourrice ou gardienne, d'un examen sérologique pratiqué pour le dépistage de la syphilis."

Dans le cas où l'enfant doit être nourri au sein, le certificat du maire doit indiquer si le dernier enfant de la nourrice est vivant et, dans l'affirmative qu'il est âgé d'au moins 6 mois.

Le certificat médical doit attester que la nourrice est apte à allaiter.

"Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans ces documents sera punie d'un emprisonnement de 10 jours à 6 mois, et d'une amende" (1).

(1) Article L.163 code de la Santé Publique.

"Sera punie de huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 60 à 360F ou de l'une de ces deux peines seulement toute personne qui aura placé pour une durée supérieure à 8 jours de jour et de nuit, son enfant en nourrice ou en garde sans en faire à la mairie de sa résidence ou au directeur de la D.D.A.S.S. une déclaration" (I)

Sera punie des mêmes peines toute personne qui prendra chez elle un enfant sans avoir fait une demande d'agrément.

Ce mode de placement est très répandu. Le nombre de gardiennes déclarées est bien inférieur à la réalité. Les assistantes des secteurs essaient d'amener toute personne qui garde ainsi un enfant en fraude à se mettre en règle, sinon le retrait de l'enfant est effectué. Ceci est nécessaire pour la sécurité de l'enfant. On nous a signalé parfois des personnes s'occupant aussi de 4 ou 5 enfants!!

Si les crèches, les garderies, les halte-garderies étaient plus nombreuses ce gros problème deviendrait peut être moins important.

(II) Article I Décret 14.362 du 3 sept. 1964



TROISIEME PARTIE

EFFETS

DE LA

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

EN

COTE - D'OR

Les résultats des efforts fait en matière de Protection Maternelle et Infantile doivent être déjà recherchés dans la domaine de la mortalité infantile, puisque tel était le but recherché par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Ensuite, il est nécessaire d'envisager les effets produits sur la morbidité infantile.

I° CHAPITRE

EVOLUTION DE LA MORTALITE EN COTE D'OR

A - EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE EN COTE D'OR

TABLEAU n° 19

ANNEE	Nombre de Naissances Vivantes	Nombre de morts-nés	Nombre de Décès de moins 1 an. Enfants nés vivants	Taux de Mortalité Infantile % (I)
1945	6062		612	100,8
1946	7105		461	64,8
1947	7680		433	56,3
1948	7594		358	47,1
1949	7718		316	40,9
1950	7582	194	269	35,5
1951	7332	173	254	34,6
1952	7091	173	208	29,3
1953	7069	161	226	31,9
1954	7086	164	182	25,6
1955	6964	157	205	29,4
1956	7066	146	165	23,4
1957	7069	142	153	21,5
1958	7083	169	145	20,4
1959	7161	130	133	18,9
1960	7201	136	128	17,8
1961	7169	150	140	19,5
1962	7175	138	151	21,1
1963	7456	138	130	17,3
1964	7519	131	129	17,1
1965	7397	130	136	18,4
1966	7439	163	117	15,7
1967	7482	127	96	12,8
1968	4583		72	15,7

I.N.S.E.E. - et rapports annuels P.M.I.

(I) taux non rectifiés

I - Avant d'interpréter ce tableau, il nous paraît nécessaire de RAPPELER QUELQUES DEFINITIONS :

1 - LA MORTALITE INFANTILE :

correspond au nombre de décès d'enfants de 0 à I ans, pour mille enfants nés vivants.

Mais il existe deux manières de calculer la mortalité infantile =

a) LE TAUX DE MORTALITE INFANTILE NON RECTIFIE est calculé en rapportant le nombre des décédés de moins de I an au nombre d'enfants nés vivants et déclarés vivants à l'état civil.

b) LE TAUX DE MORTALITE INFANTILE RECTIFIE est calculé de la même façon mais en ajoutant aux deux nombres précédents le nombre d'enfants nés vivants et décédés avant la déclaration à l'état civil.

2 - LA MORTINATALITE :

correspond au nombre d'enfants morts nés pour mille naissances totales. Le taux non rectifié tient compte des vrais et des faux mort-nés, c'est à dire de ceux qui sont nés vivants mais qui ont décédés avant la déclaration à l'Etat civil.

3 - LA MORTALITE FOETO-INFANTILE :

correspond au nombre de décès d'enfant de 0 à I an pour mille naissances totales.

$MORTALITE\ FOETO\ INFANTILE = MORTINATALITE + MORTALITE\ INFANTILE$

N.B. = A condition d'additionner le même type de taux, rectifiés ou non rectifiés.

4 - UN ENFANT EST CONSIDERE NE VIVANT :

quand après expulsion ou extraction complète du corps de la mère, il a respiré ou manifesté tout autre signe de vie tels que battements de coeur, pulsations du cordon ombilical, contraction effective d'un muscle soumis à la volonté.

5 - UN MORT NE :

est un foetus né après une gestation de 6 mois ou plus, ou pesant I 000 grammes ou plus, et qui après la naissance n'a pas présenté de mouvements respiratoires spontanés.

Ces deux dernières définitions sont internationales mais il faut remarquer qu'en France sont légalement morts-nés, les enfants qui ont respiré mais qui sont morts avant la déclaration légale de la naissance (3 jours)

6 MORTALITE PERI NATALE = MORTINATALITE + MORTALITE DE 0 à 6 JOURS

7 MORTALITE NEO NATALE = MORTINATALITE + MORTALITE DE 0 à 27 JOURS

II - INTERPRETATION DES RESULTATS :

Le taux moyen de mortalité infantile non rectifié qui était de 64,8% en 1946 est tombé à 35,5 en 1950 et à 12,8% en 1967 en Côte d'Or. Le résultat est vraiment remarquable. La régression de la mortinatalité n'a pas été aussi spectaculaire. Cette tendance régressive s'est manifestée sans exception dans tous les départements français donc en France en général. C'est ce que nous montre le tableau et le graphique ci-joint.

T A B L E A U n° 20

EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE EN FRANCE

PERIODES	DECES DE - D'I AN 0/00	PERIODES	DECES DE - D'I AN 0/00	ANNEES	DECES DE - D'I AN 0/00
I86I-I870	178	I920-I925	95	I956	32
I87I-I880	172	I926-I930	89	I957	29
I88I-I890	166	I93I-I935	73	I958	27
I89I-I900	164	I936-I939	65	I959	25
I90I-I910	132	I940-I945	99	I960	23
I91I-I913	124	I946-I950	59	I961	21
I914-I919	128	I95I-I955	39	I966	12

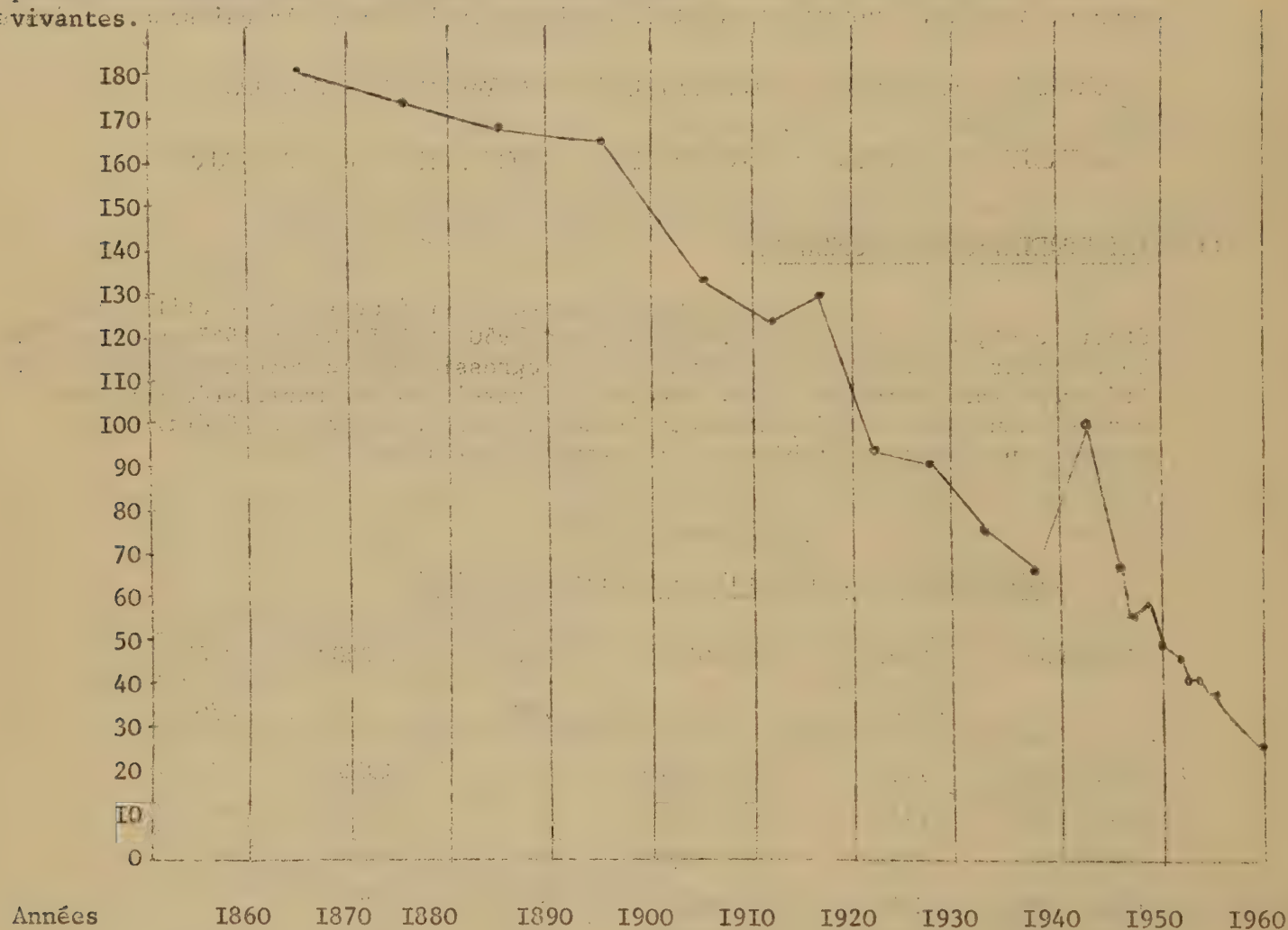
Sources : I.N.S.E.E. "Mouvement de la Population" Etudes Statistiques, Supplément trimestriel, octobre-décembre 1961.

0/00 : taux de mortalité pour 1 000 naissances vivantes.
taux rectifiés.

GRAPHIQUE n° I

EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE EN FRANCE

taux de mortalité
pour 1 000 naissances
vivantes.



Nous pouvons nous féliciter d'être un des départements français où le taux de mortalité infantile est le moins élevé. D'après le rapport quinquenal National de la P.M.I portant sur les années 1956 à 1961. La note d'Or arrivait au 10ème rang pour les taux de mortalité foeto infantile (taux moyen des années 1959-1960-1961) et elle arrivait au 13ème rang dans le classement selon l'importance du taux de mortalité infantile.

Nous joignons la carte de la France qui situe le taux de mortalité infantile par département en 1960.

Décédés de moins d'un an pour 1000 nés vivants

(Centre International de l'enfant)





III LA MORTALITE INFANTILE VARIE BEAUCOUP AVEC L'AGE :

DECES DES MOINS DE 1 AN SELON L'AGE (FRANCE ENTIERE)

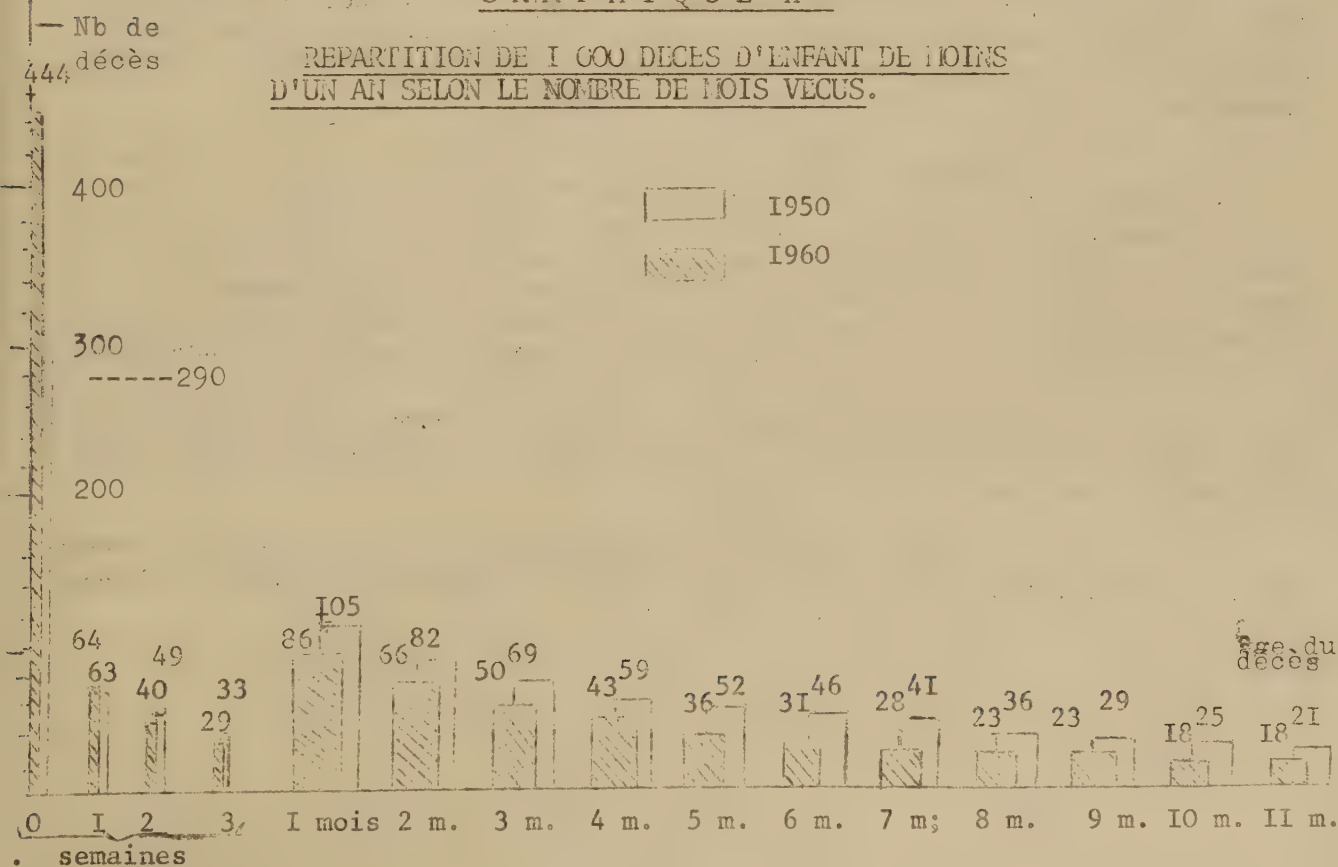
Age au décès (en périodes révolues)	NOMBRE DE DECES		Proportion pour 1 000 décès	
	1950	1960	1950	1960
Moins de 1 jour	3 555	2 057	87,3	108,4
1 jour	3 176	2 337	78,1	123,2
2 jours	1 960	1 783	48,2	94,0
3 jours	1 162	905	28,6	47,7
4 jours	794	580	19,5	30,6
5 jours	614	404	15,1	21,3
6 jours	527	360	13,0	19,0
1 semaine	2 555	1 219	62,8	64,3
2 semaines	2 003	758	49,3	40,0
3 semaines	1 338	553	32,9	29,2
1 mois	4 281	1 633	105,2	86,1
2 mois	3 341	1 242	82,2	65,5
3 mois	2 816	951	69,3	50,2
4,5,6 mois	6 337	2 088	156,0	110,2
7 mois et plus	6 198	2 091	152,5	110,3
Décès de moins de 1 an	40 657	18 961	1 000,0	1 000,0

Sources : I.N.S.E.E. "Mouvement de la Population". 1950-1960 - Etudes statistiques supplément trimestriel, Octobre, décembre 1961.

TABEAU N° 22

GRAPHIQUE n° 2

REPARTITION DE 1 000 DECES D'ENFANT DE MOINS D'UN AN SELON LE NOMBRE DE MOIS VECUS.



C'est pourquoi en 1962 une circulaire ministérielle du Ministère de la Santé Publique alerte les responsables départementaux et régionaux de la Santé.

"Si depuis 1946 une diminution régulière de la Mortalité foeto infantile s'est manifestée, l'analyse des données statistiques met en évidence une régression beaucoup moins marquée de la mortalité du 7ème au 365ème jour de la vie. La diminution de la mortalité périnatale au cours de la période considérée, n'a été en effet que de 31%, alors que la mortalité du 7ème au 27ème jour diminuait de 63% et celle du 28ème au 365ème jour de 72%. Il s'est donc avéré nécessaire d'intensifier les conditions de lutte contre les facteurs de mortalité périnatale".

IV - UNE ANALYSE DES CAUSES DE CETTE MORTALITE INFANTILE :

a permis depuis bien avant 1945 de déterminer deux grandes catégories d'étiologie:

- . les causes EXOGENES
- . les causes ENDOGENES

LA MORTALITE EXOGENE : dépend en grande partie du milieu où vit l'enfant, de l'hygiène et des soins qu'il reçoit. Les décès peuvent être d'origine microbienne, alimentaire, etc... En principe, ils ont un caractère accidentel et pourraient être évités par toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie qui permettraient de préserver l'enfant.

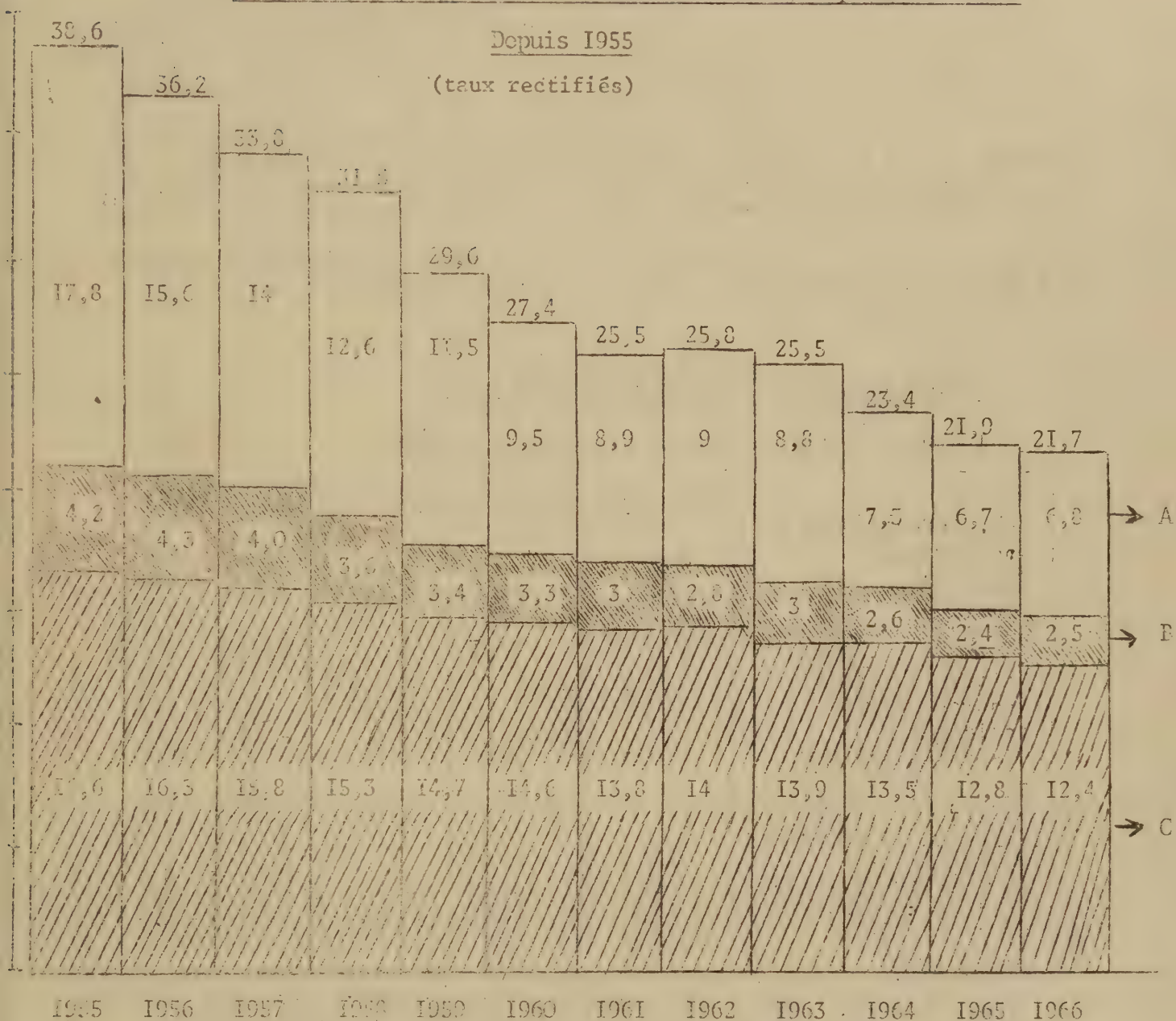
LA MORTALITE ENDOGENE : a des causes souvent plus difficiles à cerner. Parmi elles, il y a la prématurité, la débilité congénitale, toutes les malformations, les maladies congénitales ou héréditaires, etc... Les causes sont dites endogènes car l'enfant porte en lui un facteur de létalité. Si aucune action préventive ou curative n'est entreprise pour combattre ce facteur avant même la naissance, celui-ci entraînera la mort souvent très rapide de l'enfant. La mortalité périnatale est surtout liée à ces causes endogènes.

En fait la mortalité endogène a lieu presque exclusivement pendant le premier mois de la vie. Seulement 1,6% de ces décès endogènes ont lieu pendant les II mois suivants.

C'est au démographe Jean BOURGEOIS PICHAT que nous devons cette étude et cette distinction entre mortalité endogène et mortalité exogène.

0/00

GRAPHIQUE N° 3
COMPOSANTES du TAUX de MORTALITE INFANTILE pour la FRANCE



En 12 ans :

- A) Diminution 62%
- B) Diminution 40%
- C) Diminution 25%

TAUX DE MORTALITE	
Post néo-Natale	28 à 365
Néo-natale tardive	7 à 27 j.
Précoce	0 à 6 j.
LEGENDE	

Il aurait été intéressant que les statistiques des causes de décès permettent la distinction nette entre mortalité endogène et exogène. En fait, l'expérience montre que pour de nombreux décès, la distinction de la mortalité infantile entre ses deux composants exogène et endogène, en se fondant sur des "permanences statistiques" observées dans de nombreux pays à de nombreuses époques.

En pays développés les décès exogènes s'obtiennent en majorant de 25% les décès des onze derniers mois de la première année de la vie. Les proportions ne sont pas valables dans les pays sous-développés où la mortalité infantile plus importante ne présente pas les mêmes caractères)

Le tableau suivant va donc nous permettre d'analyser les principales causes de la mortalité infantile en Côte d'Ivoire.

TABLEAU n° 23
CAUSES DE MORTALITE INFANTILE EN COTE D'OR.

(-INSEE - Dijon et Rapports annuels de la DDASS)

	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Mal. Infectieuses									
dont grippe	3	I	9	4		3	3	2	I
Coqueluche	2		2	I	I	I	I		I
Rougeole	3				I		I		
Tuberculose	2						I		
autres mal. inf.	3			I	I		2	3	4
Otitites -mastoidites	5	3	I		3	2			
Gastro-entérite	13	10	13	13	13	10	2	I	
toxicoses									
Asphyxie -Atélec-	7	10	3	13	3	9	11	2	6
-tatie post néo nat.									
encéphalite autres	I	5	3	4	4	3	3	6	5
maladies du syst.Ner.									
Méningites	I	5	2	2	I	3	2	7	4
hernie- occlu. int.		4		4			3	2	I
Lésions obstét.	13	15	8	11	11	18	9	24	15
Débilité congé.	18	45	26	26	40	13	10	22	25
prématurité									
malformations Car.Vx	19	14	8	13	18	21	16	20	13
autres malfor.	10	10	9	15	15	15	12	9	22
Accidents ,morts	2	3	4	6	7	8	11	10	4
violentes									
autres causes	32	8	26	26	26	44	26	12	26

TABLEAU N° 24

PRINCIPALES CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE EN FRANCE

	1955 (1)		1962 (2)		1964 (3)	
	Nombres absolus	%	Nombres absolus	%	Nombres absolus	%
Prématurité, débilité congénitale.....	5.628	20,4	4.288	23,8	3.878	23,5
Pneumopathies.....	2.947	10,7	1.004	5,6	749	4,4
Diarrhées.....	2.947	10,7	1.365	7,6	1.059	6,2
Malformations congénitales	2.903	10,6	3.100	17,2	3.092	18,3
Lésions obstétricales) Asphyxie-atelctasie)	2.383	8,7	2.717	15,1	2.824	16,7
Maladies infectieuses, y compris la grippe.....	1.546	5,6	789	4,4	504	3,5
Accidents-morts violentes	467	1,7	478	2,7	535	3,1
Tuberculeuses, toutes formes.....	196	0,7	37	0,2	28	0,2
Autres causes	8.490	30,9	4.205	23,4	4.043	24,0
TOTAL.....	27.516	100	17.983	100	16.833	100

(1) I.N.S.I.E

(2) Conseil Supérieur d'Hygiène

(3) I.N.S.E.R.M 20,4 : page 350.

Parmi les causes de mortalité infantile les plus importantes, nous notons :

- la prématurité et la débilité congénitale
- les malformations
- les lésions obstétricales.

Toutes ces causes font partie de la mortalité endogène.

Les gastro-entérites, toxicoses, otites, mastoïdites étaient des causes très importantes de décès entre 1946-1950. Leur fréquence a nettement diminué. Méningites, broncho-pneumopathies restent encore des causes trop fréquentes de mortalité infantile.

Nous notons aussi l'importance des décès consécutifs à des accidents. La proportion s'accroît ces dernières années, comme nous le prouve le tableau suivant :

T A B L E A U n° 25

MORTALITE INFANTILE PAR ACCIDENT
entre 1962 et 1965 - INSEE - Dijon

PROPORTIONS POUR 100 DECES DE TOUTES CAUSES

	Accidents toutes causes			Circulation routière		
	2 sexes	M	F	2 sexes	M	F
1962	2,5	2,4	2,6	0,1	0,1	0,1
1963	2,7	2,8	2,5	0,2	0,1	0,2
1964	3,1	3,1	3,1	0,2	0,1	0,2
1965	3,7	3,9	3,5	0,3	0,2	0,3

V - Il nous semble intéressant de comparer nos résultats de MORTALITE INFANTILE avec ceux obtenus dans DIVERS PAYS ETRANGERS :

(I) *Structure de la Mortalité infantile en TUNISIE* par M. BCHIR dans *Revue Tunisienne des Sciences Sociales* n° 10 aout 1967, p 47 (annexe).

Le tableau suivant nous donne les taux de Mortalité Infantile dans différents pays européens :

T A B L E A U n° 26

MORTALITE INFANTILE (Taux rectifiés) (1)

Classement des pays européens suivant les résultats obtenus en 1964 (pour 1000 naissances vivantes)

	1938	1945	1950	1953	1956	1964	1966	(2)
Suède	42	30	21,0	18,7	17,3	14,2	12,6	
Pays Bas	37	30	25,2	21,1	19,0	14,8	14,7	
Norvège	37	36	28,2	22,0	21,2	16,8	16,4 ⁺	
Finlande		63	43,5	34,2	25,4	16,9	15,0	
Islande	23	34	21,7	19,0	17,5	17,7	13,7	
Allemagne	59	90	55,6	46,4	38,6	18,6	23,6	
Danemark	59	48	30,7	27,2	24,9	18,7	18,7 ⁺	
Suisse	43	41	31,2	29,8	25,8	20,5	17,8	
Royaume Uni	55	49	31,4	27,6	24,4	20,6	19,6	
Tchécoslovaquie	110	137	77,7	45,0	31,4	21,2	23,7	
France	71	113	52,0	41,9	36,2	23,4	21,7	

La France arrive donc en 1964 au 11ème rang en Europe quand on classe les pays suivant le taux croissant de mortalité infantile.

Dans tous ces pays nous notons d'ailleurs la même baisse rapide de la mortalité Infantile. Le graphique n° reflète de manière plus parlante cette évolution.

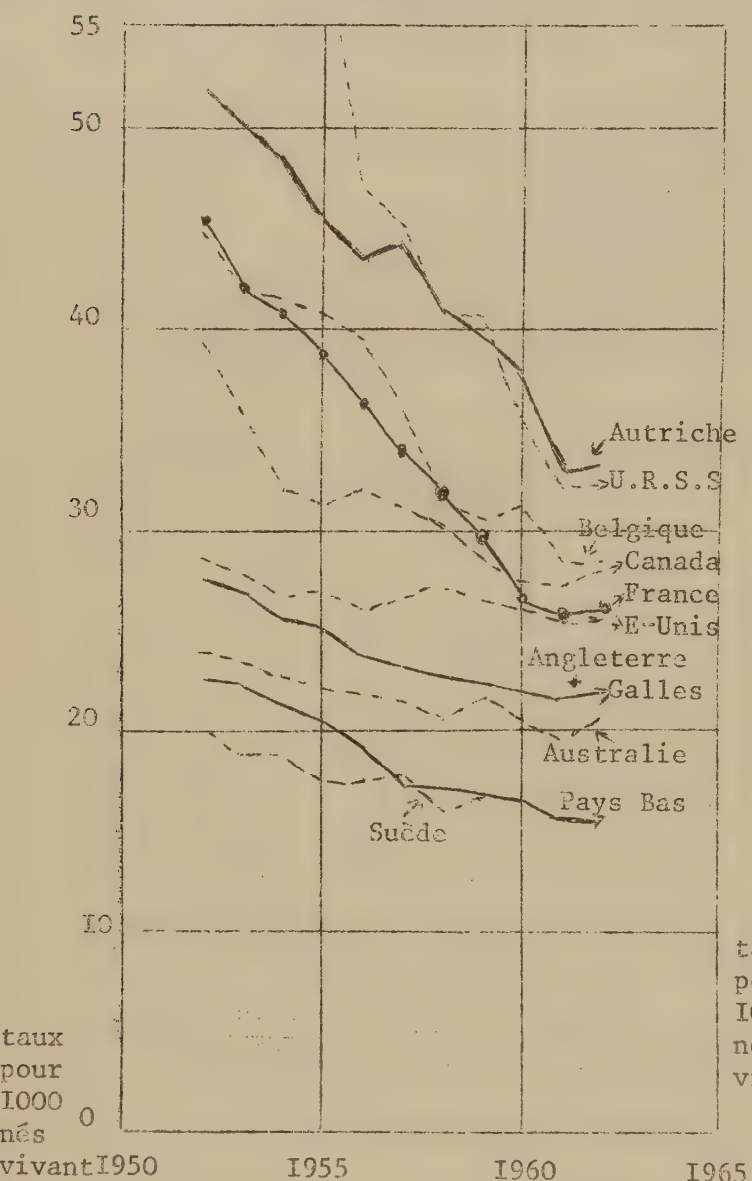
⁺ 1965 et non pas 1966

(1) Tableau tiré de Images économiques du Monde 1966 - J. Beaujean Garnier
Ed. SEDES, p. 21-22.

(2) Complété par Annuaire Statistique de l'O.N.U 1967, p. 101.

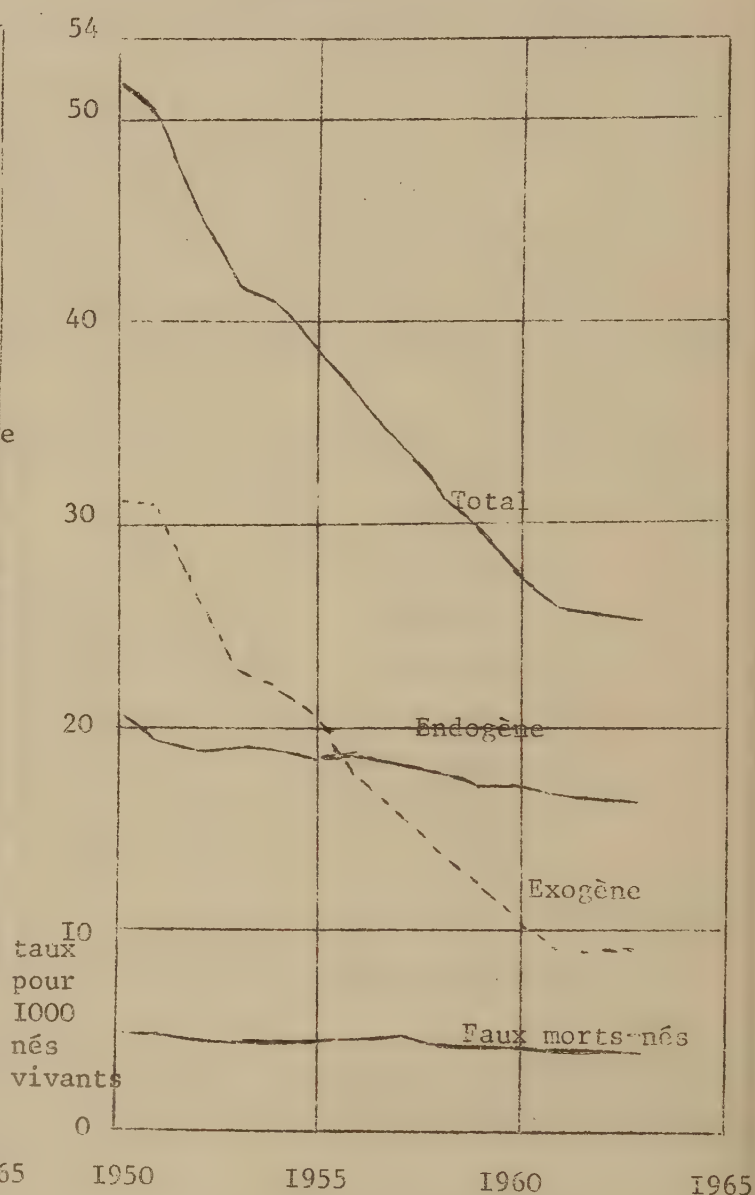
GRAPHIQUE n° 4

EVOLUTION DE 1952 à 1962 DE LA MORTALITE
INFANTILE DANS QUELQUES PAYS DE FAIBLE
MORTALITE



GRAPHIQUE n° 5

EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE EN
FRANCE DE 1950 à 1963 (Ensemble des
garçons et des filles)



Revue Population n° 3, 1964 - Evolution récente de la MORTALITE INFANTILE
par J. Bourgeois Pichat p 417 à 438.

Sur ce graphique, vers les années 1961, 1962, on note pour tous les pays intéressés, une rupture de courbe = les taux de mortalité infantile deviennent plus stationnaires.

Le graphique n° représentant l'évolution de la mortalité infantile de 1950 à 1963 en France permet de comprendre le pourquoi de cet arrêt de 1961. De 1950 à 1961, la mortalité exogène a baissé de façon très rapide, (86% des progrès réalisés depuis 1950 l'ont été sur la mortalité exogène). Le maximum d'efficacité semble avoir été atteint en 1961. Au contraire, la mortalité endogène de 1962-1963 prolonge l'évolution antérieure sans aucune discontinuité. Durant cette période 1950-1961, elle aurait diminué d'environ 4%. Ainsi la rupture du mouvement de baisse n'intéresse que la mortalité exogène. H. Bourgeois Pichat dans cet article de la revue population d'où sont tirés les graphiques précédents pense que l'arrêt de la baisse de la mortalité infantile à partir de 1961 est lié aux conditions climatiques de 1962-1963. Pour empêcher cette influence climatique sur la mortalité infantile, il faudrait faire une forte sensibilisation de la population et faire aux mères qu'il ne faut pas se fier à des habitudes prises dans des conditions normales.

Les chiffres suivants montrent encore mieux la différence de résultats obtenus en Suède, pays de mortalité infantile le plus bas, et en France. En 1962, le taux de mortalité exogène en France était encore de 11,1 0/00 alors qu'il n'était que de 3,7 0/00 en Suède.

T A B L E A U n°27

MORTALITE INFANTILE EXOGENE ET ENDOGENE EN 1962

	Taux total 0/00	Taux M. endogène	Taux M. Exogène
Suède	15,4	11,7	3,7
France	25,7	14,6	11,1

J. Beaujean Garnier - La Population Française chez COLIN-1969, p 45.

L'intérêt de cette étude comparée, bien succincte, est de prouver que nous pouvons encore faire mieux pour améliorer le taux de mortalité infantile en France, et en particulier en COTE D'OR.

VI - Puisqu'il nous est plus aisé de lutter contre les causes de mortalité exogène c'est déjà en ce domaine que DES EFFORTS DOIVENT ETRE ENTREPRIS :

Grâce à de nombreuses enquêtes, nous savons qu'il existe certains facteurs aggravants pour la mortalité infantile. Par exemple, il y a un lien étroit entre milieux socio-professionnels, nationalité et mortalité infantile.

a) Influence du milieu socio-professionnel :

Voici deux tableaux qui ont été tirés des "Cahiers Français" et qui donnent le taux de mortalité infantile suivant les catégories socio-professionnelles en France (profession du père). Les tableaux indiquent aussi le taux de mortalité néo-natale (surtout mortalité endogène) et le taux de mortalité pédiatrique (surtout mortalité exogène).

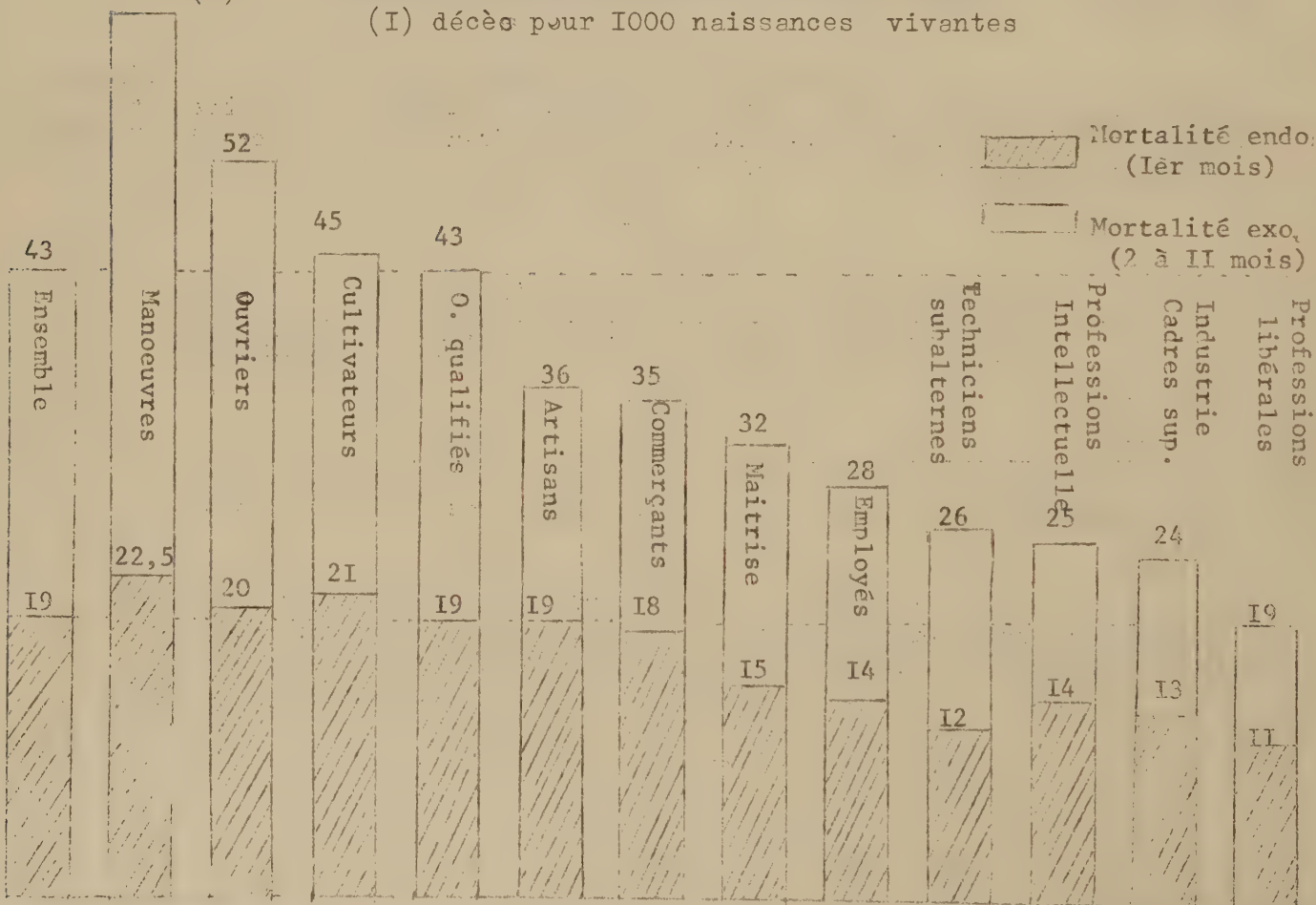
Le graphique n° 6 concrétise ce qu'exprime le tableau n° 27 de 1950-1951.

GRAPHIQUE n° 6

MORTALITE INFANTILE SELON LE MILIEU SOCIAL

(I) décès pour 1000 naissances vivantes

62 (I)



T A B L E A U n° 23

MORTALITE INFANTILE SELON LES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Enfants légitimes-Taux pour 1000 naissances
vivantes - Taux rectifiés.

1950 - 1951

Profession du père	Taux de Mortalité rectifiés		
	Ensemble	Jusqu'à 1 mois	De 1 à 12 mois
	0/00	0/00	0/00
Professions libérales	19,1	10,5	8,6
dont : Dentiste	16,4	6,7	9,7
Pharmacien	16,7	8,6	8,1
Médecin	20,6	12,6	8,0
Patrons de l'industrie et cadres supérieurs	23,9	12,9	11,0
Professions intellectuelles	24,7	13,8	10,9
dont : Professeur	22,5	13,1	9,4
Instituteur	26,3	14,8	11,5
Techniciens subalternes	25,7	12,4	13,3
Employés de Commerce	28,2	13,6	14,6
dont : Vendeur	28,8	13,9	14,9
Maitrise	32,4	14,9	17,5
Commerçants	34,5	17,6	16,9
dont : Charcutier	30,7	14,8	15,9
Boucher	39,3	19,9	18,8
Cafetier	43,6	24,0	19,6
Artisans	36,4	19,2	17,2
dont : Menuisier	31,8	16,9	14,9
Forgeron agricole	38,5	19,5	19,0
Ouvriers qualifiés	42,5	18,6	23,9
dont : Outilleur	34,0	13,5	20,5
Electricien	40,5	17,6	22,9
Charpentier	48,8	21,3	27,5
Maçon	51,5	20,1	31,0
Mineur	80,4	25,8	54,6
Cultivateurs et salariés agricoles	44,9	21,1	23,8
dont : Bucheron	59,4	25,5	33,9
Ouvriers	51,9	20,0	31,9
Manoeuvres	61,7	22,5	39,2
Ensemble	43,1	19,0	24,1

Source : "nouvelles données sur la mortalité infantile", op. cit.

T A B L E A U n° 29

MORTALITE INFANTILE SELON LES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

1959 - 1960

Catégories socio-professionnelles	Taux de mortalité 0/00		
	Ensemble	1er mois	2e au 12e mois
Industriels	15,6	11,1	4,5
Professions intellectuelles (A)	16,1	12,7	3,4
Cadres supérieurs administratifs et techn.	16,1	11,9	4,2
Professions libérales (B)	16,6	12,8	3,8
Gros commerçants	17,7	13,3	4,4
Cadres moyens administratifs et techn.	18,1	13,4	4,7
Instituteurs, services médicaux et sociaux	18,5	14,0	4,5
Employés de bureau et de commerce	22,3	15,6	6,7
Petits commerçants	23,4	16,7	6,7
Artisans	24,1	16,8	7,3
Ouvriers qualifiés et contre maîtres	25,4	16,8	8,6
Marins et pêcheurs	27,4	18,8	8,6
Agriculteurs exploitants	27,5	18,9	8,6
Ouvriers spécialisés (C)	29,4	18,3	11,1
Salariés agricoles	31,7	19,9	11,8
Manoeuvres	40,5	22,5	18,0
Mineurs	40,6	20,6	20,0
ENSEMBLE DES ENFANTS NES LEGITIMES	26,5	17,3	9,2

(A) Professeurs, professions littéraires et scientifiques

(B) Médecins, pharmaciens, dentistes, notaires, avocats, etc...

(C) Ouvriers très peu qualifiés ayant suivi une formation professionnelle de très courte durée.

Cahiers Français; nov. 1964, n° 99.

Nous voyons donc qu'il s'établit une véritable hiérarchie des milieux.

Les résultats sont nettement différents quand on considère la mortalité endogène d'une part, et exogène d'autre part (d'après les normes biométrique citées ci-dessus).

"Pour la mortalité endogène les variations sont de 1 à 1,6"

"Pour la mortalité exogène (liée à la mauvaise alimentation etc...) les variations sont de 1 à 5" (1)

(1) Dans Etudes sociologiques - 1967 - Cours de Mr GIRARD, p 132, "Population et enseignement".

Il nous paraît intéressant de rapprocher les données de 1950-51/1959-60, afin d'étudier l'évolution de cette situation.

T A B L E A U n° 30

MORTALITÉ DES GÉNÉRATIONS 1950-1951/1959-1960

selon la catégorie socio-professionnelle du père
(enfants nés légitimes-Taux pour 1000 naissances
rectifiés des faux morts-nés). (1)

	1950-51	1959-60	Diminution %
Industriels, cadres sup.	23,1	13,0	44
Professions intellectuelles			
Professions libérales	19,1	13,3	30
Cadres moyens et techniciens	25,7	14,3	44
Instituteurs	26,3	14,5	45
Cadres moyens administratifs employés	30,0	17,9	40
Artisans et Commerçants	35,2	19,0	46
Cultivateurs (exploitants et salariés)	44,9	25,5	43
Ouvriers de la main d'œuvre	48,7	24,9	49
dont manoeuvres	61,7	35,2	43
mineurs	80,4	34,7	57
Ensemble	43,1	22,4	48

(1) *Etudes sociologiques, cours de Mr GIRARD, p 133*

Nous voyons ainsi que cette inégalité devant la mort suivant les milieux socio-professionnels tend à diminuer. L'écart entre les extrêmes se réduit, mais la différence entre les autres catégories reste importante.

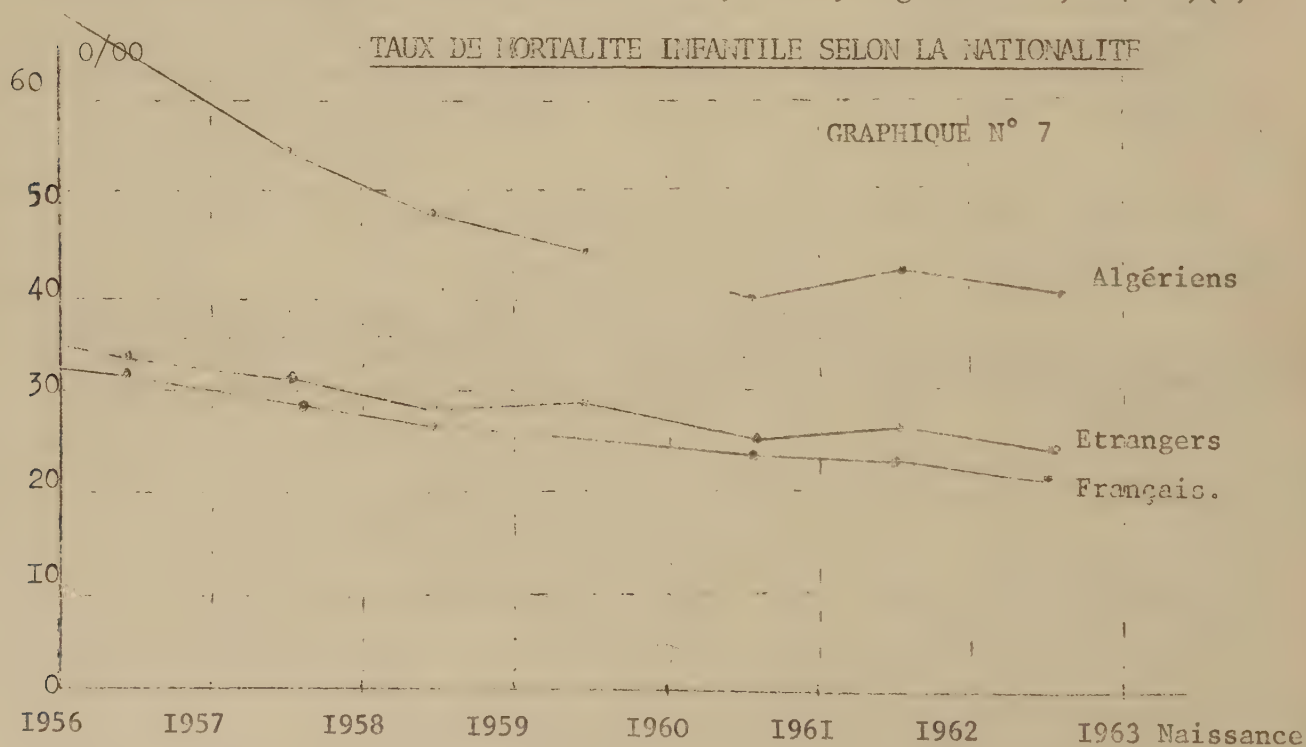
b) Nationalité et Mortalité Infantile :

Le graphique suivant illustre les principaux résultats. La Mortalité infantile en France, parmi les étrangers est un peu supérieure à celle des Français (environ 10%). Par contre, la mortalité est nettement supérieure chez les Algériens. De 1956 à 1963, la Mortalité infantile des Français a constamment diminué de 33,3 0/00 à 23 0/00. Celle des étrangers passe de 35,8 0/00 à 24,3 0/00, cette évolution est très comparable.

Pendant toute cette période, les taux de Mortalité Infantile des Algériens sont presque doubles des taux français.

Un fait Important est à souligner : "Le taux de mortalité infantile étant assez fortement lié à la profession, il est surprenant de constater que le taux pour les étrangers est voisin du taux français, alors que la répartition professionnelle est extrêmement différente. On pourrait, en effet, s'attendre à ce que les étrangers, qui sont surtout manœuvres, ouvriers qualifiés ou spécialisés, aient des taux, très élevés, or ils sont sensiblement plus faibles que ceux des catégories correspondantes de Français" (1)

L'importance de la Mortalité Infantile chez les algériens incite à considérer avec la plus grande attention la situation sanitaire de cette population. Mais il faut remarquer que la population algérienne en France appartient aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées (en 1960, Manœuvres et Mineurs, taux de Mortalité 39,7 0/00, Algériens 44,1 0/00) (1)



Revue population, 1966, N° 5, p 1023.

(1) R. NADOT "La mortalité infantile en France depuis 1956-Revue Population 1966, n° 5, p 1023, 1024.

B - EVOLUTION DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE 1 à 6 ANS

TAB. N° 31
DECES PAR AGE EN COTE D'OR-INSEE
D.R. DIJON

Années	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
1953	27	13	6	7	12 (I)
1954	32	10	4	6	4
1955	37	7	8	2	3
1956	28	9	8	2	5
1957	26	7	7	3	6
1958	20	11	7	5	1
1959	16	8	9	2	1
1960	12	3	3	3	4
1961	15	4	2	5	2
1962	14	8	9	1	3
1963	21	5	3	9	2
1964	8	9	10	4	2
1965	14	3	6	1	5 (I)
1966	11	5	0	3	4
1967	17	6	3	5	3

(I) 5 à 10a

Si nous faisons une étude comparée par période de 5 ans les résultats obtenus paraissent plus évidents =

Mortalité de 1 an à 2 ans

(nombre de décès moyen par an)

de 1953 à 1957 = 30

1958 à 1962 = 15,2

1963 à 1967 = 15,4

Mortalité de 2 à 3 ans

(nombre de décès moyen par an)

de 1953 à 1957 = 9,2

1958 à 1962 = 6,8

1963 à 1967 = 5,6

Mortalité de 3 à 4 ans

(nombre de décès moyen par an)

de 1953 à 1957 = 6,6

1958 à 1962 = 6

1963 à 1967 = 4,4

Mortalité de 4 à 5 ans

(nombre de décès moyen par an)

de 1953 à 1957 = 4

1958 à 1962 = 3,2

1963 à 1967 = 4,4

Nous constatons que c'est pour les enfants de 1 à 2 ans que l'amélioration des résultats est la plus importante. Cette amélioration devient de moins en moins nette au fur et à mesure que l'âge progresse.

La mortalité des enfants de 1 à 5 ans révolus a donc elle aussi, fortement diminué depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Pour la France entière, d'après le rapport national de la P.M.I (1956-1961) il est noté une diminution de 77% entre 1946 et 1961 Pour les enfants de 1 à 4 ans. En effet, le taux est passé de 5,01 à 1,15 entre 1946 et 1961. En 1963, ce taux était de 1,08 0/00 et en 1964 de 0,99 0/00.

Il est plus difficile d'évaluer quelles sont les causes de mortalité, les statistiques de l'INSEE regroupant tous les décès au delà de 1 an, dans leur tableaux récapitulatifs des causes de décès (regroupement 1-4 ans/5-10 ans.

Nous donnons ici les résultats pour toute la France sur le tableau, nous découvrons que les causes les plus fréquentes de mortalité pour les enfants de 1 à 4 ans, étaient en 1935 :

I- Les affections broncho-pulmonaires

2- Les accidents.

et en 1963 :

I- Les accidents

2- Les malformations congénitales.

T A B L E A U n° 3
MORTALITE DES ENFANTS DE 1 à 4 ANS

FRANCE

(SELON LA CAUSE - NOMBRES ABSOLUS)
Centre International de l'Enfance

	1935	1942	1948	1951	1961	1963
Accidents	1032	991	1011	919	802	764
Tuberculose méningée	954	1122	559	645	45	39
Tuberculose autres formes			183	143	8	9
Fièvre typhoïde et para	43	30	46	19	2	1
Scarlatine	77	21	12	4	1	3
Diphtérie	531	690	209	64	13	7
Coqueluche	237	202	141	104	67	77
Méningococcie			40	70	15	30
Tétanos					13	6
Polionmyélite			12	42	27	11
Rougeole	312	145	178	268	73	64
Grippe	273	54	23	151	59	103
Autres maladies infectieuses					95	106
Cancer	39	55	66	164	135	128
Leucémie			85	184	157	157
Pneumonie I Pu	2929	1893	1207	1066	226	219
Autres maladies app. respiratoire					141	179
Appendicite	72	58	35	74	21	12
Gastrite entente	687	726	534	333	35	53
Autres maladies digestives					67	48
Malformations congénitales				177	336	348
TOTAL	14311	10047	7205	7882	3675	3574

Le rapport National de la P.M.I cité ci-dessus, conclut ainsi devant les résultats obtenus en 1961 :

"Malgré l'amélioration de la situation en ce domaine, de nouveaux progrès pourraient être escomptés en matière de mortalité (...) des enfants de cette catégorie d'âge par une intensification de la surveillance médicale préventive au-delà de 1 an".

En effet, si nous comparons les résultats français avec ceux obtenus dans divers pays européen, nous pouvons noter que dans ce domaine aussi, certains pays ont devancé la France.

T A B L E A U n° 32

TAUX DE MORTALITE DES ENFANTS DE 1 à 4 ANS DANS

QUELQUES PAYS EUROPEENS POUR LES

ANNEES : 1962 - 1963 - 1964

	1962		1963		1964	
	TAUX pour		TAUX pour		TAUX pour	
	100.000	1000	100.000	1000	100.000	1000
AUTRICHE	118,8	1,18	131,8	1,31	126,5	1,26
BELGIQUE	100,8	1,00	103,3	1,03	89,0	0,89
DANEMARK	84,2	0,84	91,6	0,91	81,0	0,81
FINLANDE	101,9	1,01	103,5	1,03	98,5	0,98
FRANCE	116,6	1,16	108,5	1,08	99,5	0,99
ALLEM. R. Fédé.	119,9	1,19	121,5	1,21	106,7	1,06
GRECE	186,6	1,86	153,5	1,53	147,3	1,47
HONGRIE	170,4	1,70	143,6	1,43	124,5	1,24
IRLANDE	109,4	1,09	95,9	0,95	102,7	1,02
ITALIE	184,2	1,84	168,1	1,68	148,7	1,48
PAYS-BAS	109,0	1,09	97,1	0,97	99,9	0,99
NORVEGE	97,1	0,97	98,1	0,98	109,6	1,09
POLOGNE	153,2	1,53	152,1	1,52	135,5	1,35
PORTUGAL	733,5	7,33	658,9	6,58	654,7	6,54
SUEDE	76,6	0,76	67,2	0,67	64,3	0,64
SUISSE	123,8	1,23	171,4	1,71	115,3	1,15
Roya. { ANGLETERRE	85,7	0,85	90,6	0,90	80,6	0,80
Uni { IRLANDE NORD	111,7	1,11	89,5	0,89	68,9	0,68
{ ECOSSE	103,6	1,03	106,8	1,06	90,1	0,90

O.M.S : rapport épidémiologique et démographique 1967, 20 n°1.

EN CONCLUSION :

dans ce chapitre, qui mériterait bien sûr une étude spéciale plus développée, nous constatons que depuis 1946, une évolution très favorable s'est faite en ce domaine, et les chances de survie d'un enfant de 1969, sont vraiment très supérieures à celles des générations de 1946, par exemple !

A) Cette diminution de la mortalité infantile a eu un effet très favorable sur la Situation Démographique du Département :

C'était d'ailleurs le but recherché par l'ordonnance du 2 novembre 1945, qui institua la Protection Maternelle et Infantile =

. De 1881 à 1946, la Côte d'Or, comme les autres départements de Bourgogne, a perdu environ le cinquième de la population, pour les raisons que nous avons déjà évoquées, parmi lesquelles se trouvaient l'importance de la mortalité infantile et la diminution de la natalité. Depuis la Seconde guerre mondiale, seule la Côte d'Or, parmi les départements de Bourgogne, a retrouvé, en 1962, un chiffre voisin de son maximum de 1851. En Côte d'Or, entre 1954 et 1962, l'accroissement de la population est de 8,3%. (Les 3/4 de cette augmentation étant du à l'excédent des Naissances, par rapport aux décès et un quart, du à l'immigration (1)).

. Cependant, malgré les progrès démographiques que nous venons de signaler Monsieur Le Préfet de la Région de Bourgogne de 1965, au cours d'un colloque sur le peuplement et les migrations en Bourgogne (2) déclarait que notre région restait "sous-peuplée" avec une densité moyenne de 50 habitants au kilomètre carré. De plus, notre région est "sous-urbanisée", "sous-industrialisée", ce qui peut expliquer les pertes de forces vives.

. Voici les résultats du dernier recensement fait, en 1968 et la carte de densité de population en Côte d'Or; celle-ci montre bien ce que nous venons d'exprimer.

(1) Tiré de l'Article "La Population Française". Recensement de 1962, p 91, dans *Information sociale* 1964, n° 8,9.

(2) Dans la Revue "Vitalité Française" n° 475.

B) L'Evolution favorable de la mortalité infantile, de la mortalité entre 1 et 5 ans révolus, n'est pas seulement le résultat de l'action de la Protection Maternelle et Infantile :

"Les Progrès tiennent à un ensemble de causes plus ou moins liées les unes aux autres, qui forment un tout assez complexe. Il est aussi malaisé de faire la part de chacune que de nier leur efficacité. Ce sont d'abord les progrès de la médecine, et de l'Hygiène, mais aussi l'amélioration de l'équipement médico-social, ensuite, l'élévation du niveau de vie, ainsi que la diffusion de connaissance dans l'ensemble de la population (I)".

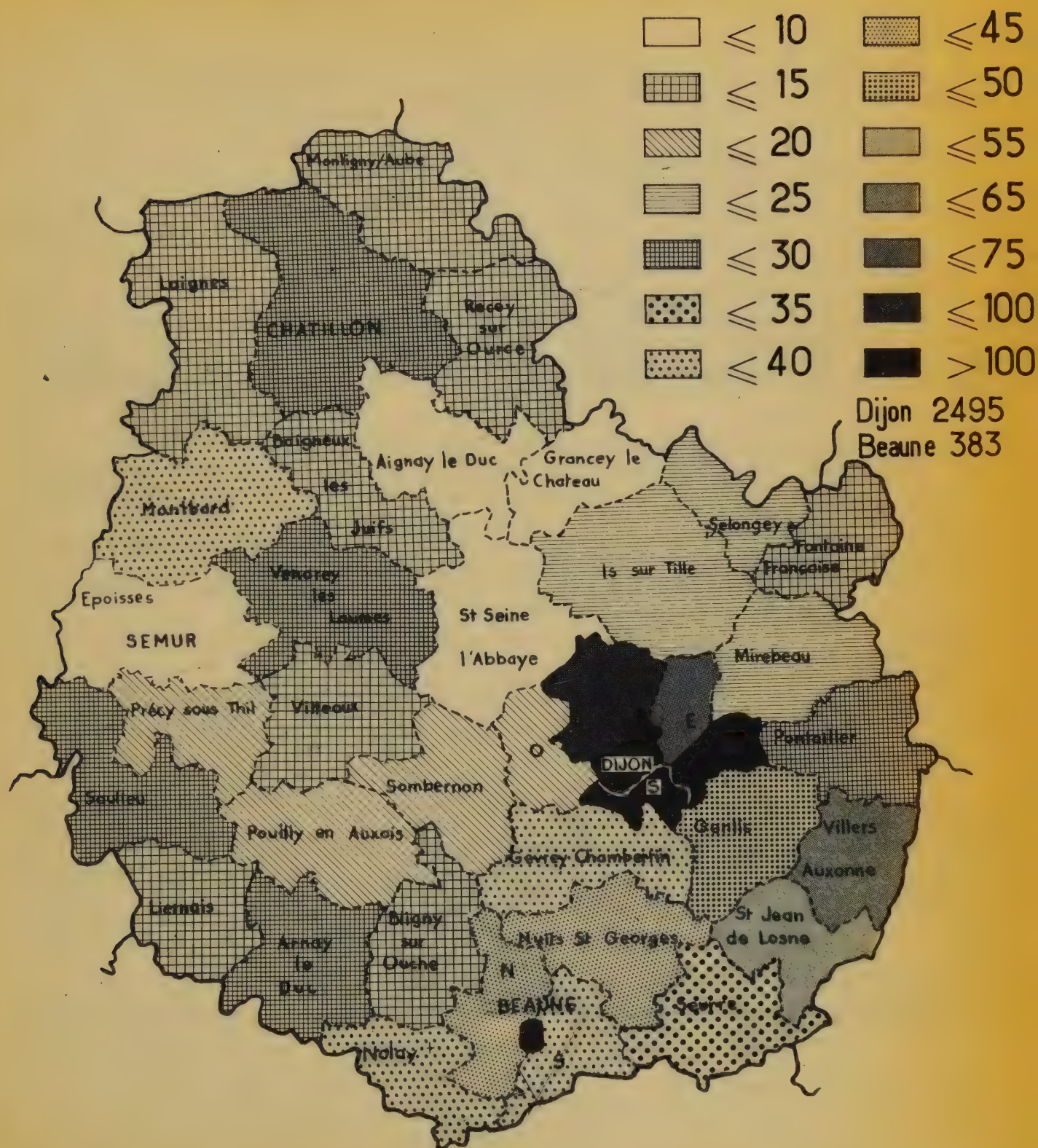
C) Nous pourrions aussi devant de tels résultats, conclure que l'organisation de la Protection Maternelle et Infantile de Côte d'Or, complète efficacement les autres facteurs qui améliorent les chances de survie des enfants.

Ceci serait en fait, un peu hâtif. En effet, au cours de la séance du 4 décembre 1963, la Commission d'Hygiène de l'Enfance déclarait que la mortalité infantile n'est pas le point d'impact essentiel de la P.M.I. Elle observait, en effet, que tous les départements Français, qu'ils soient à prédominance rurale ou urbaine ont enregistré en moyenne la même régression de la mortalité infantile. Or dans les secteurs ruraux, la P.M.I est très peu implantée. S'il demeure des différences régionales, elles apparaissent liées aux disparités déjà étudiées selon les milieux sociaux (Nord, Pas de Calais) Mais par ailleurs, cette même commission déclarant qu'il était entièrement légitime de compter sur la P.M.I pour obtenir une diminution de la Morbidité.

C'est donc l'étude de l'évolution de la Morbidité infantile en Côte d'Or que nous allons entreprendre.

(I) Henri Bastide. "La Mortalité infantile en France". Revue : Les Cahiers Français. Aout Septembre 1962, n° 77.

DENSITES DE POPULATION



2e CHAPITRE

..... : EVOLUTION DE LA MORBIDITE : : CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 6 ANS :

Dans ce chapitre, nous voulons essayer de faire le point sur l'évolution de l'état sanitaire des enfants du département dans les 6 premières années de leur vie, pour cela nous étudierons la morbidité, c'est à dire la fréquence des cas des maladies les plus importantes pour ce groupe de population depuis 1946.

Une telle étude n'est pas facile car les données sur le taux de morbidité d'une maladie déterminée sont très difficiles à recueillir. Nous avons eu à notre disposition essentiellement :

- + Les déclarations obligatoires des maladies infectieuses (mais celles-ci sont parfois mal faites, et souvent même non faites !)

- + les statistiques hospitalières, qui ne sont valables que pour un groupe de population donné = les malades hospitalisés.

- + les statistiques des services de Protection Sanitaire, tels que consultations de nourrissons, etc...

- + un sondage effectué en 1967, auprès des médecins de cote d'Or, sur leur activité en matière de Médecine préventive. (Ann. I)

- + d'autres résultats de statistiques, enquêtes effectuées dans divers départements français ou par certains organismes comme l'INSEE, l'OMS, etc...

- + nous avons surtout manqué d'études prospectives qui auraient pu être effectuées sur un échantillon bien déterminé de population.

En 1945, les grandes causes de morbidité et d'ailleurs aussi de mortalité infantile étaient :

- les maladies infectieuses, dont surtout la tuberculose, la coqueluche, la syphilis....

- les maladies nutritionnelles et de carence

- les affections congénitales.

Les textes de l'ordonnance du 2 novembre 1945, visèrent donc à faire diminuer le taux de morbidité et de mortalité de ces principales affections.

En 1962, après 17 ans de pratique préventive, la lutte contre le péril infectieux et le péril alimentaire avait porté bien des fruits, les efforts furent donc portés sur d'autres affections telles que :

- le péril néo-natal :
 - prématurité
 - traumatismes obstétricaux
 - malformations
- carences de soins maternels liés au travail de la femme
- troubles psycho-moteurs et sensoriels
- rachitisme
- anémies hypochromes
- prévention des accidents

La Protection Maternelle et Infantile devint donc plus orientée vers la PREVENTION MEDICO-SOCIALE.

=== A - RESULTATS DE LA LUTTE CONTRE LE PERIL INFECTIEUX ===

=====

I - EFFETS DE LA LUTTE CONTRE CE QU'IL EST CLASSIQUE D'APPELER LES GRANDS FLEAUX SOCIAUX

Il s'agit essentiellement de la TUBERCULOSE et de la SYPHILIS. Les deux maladies touchaient encore de manière alarmante les enfants comme les adultes, après la deuxième guerre mondiale. Devant ces fléaux des mesures très rigoureuses furent prises pour tenter de dépister les agents contaminateurs. Les examens radiologiques et sérologiques obligatoires au cours des examens prénuptiaux et prénataux avaient été instaurés dans ce but.

Nous allons donc étudier leurs résultats :

A) LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Nous aurions voulu chiffrer de manière assez précise l'état épidémiologique de la tuberculose dans la population de 0 à 6 ans en Côte d'Or.

Or, nous ne possédons que les statistiques du Centre de lutte antituberculeuse du Département. Celles-ci ne mentionnent pas de manière séparée le nombre de nouveaux cas dépistés avant 6 ans (les résultats sont globaux). Ces statistiques ne représentent d'ailleurs pas tous les cas dépistés en Côte d'Or, car bien des sujets atteints sont soignés par leur médecin de famille; celui-ci ne déclare pas toujours les nouveaux cas au Service compétent de la DDASS, bien que ceci soit obligatoire depuis le décret 64.435 du 20 mai 1964.

Avant l'introduction des médicaments antituberculeux, il était plus aisé de connaître la situation épidémiologique de la tuberculose ; car :

"Il existait en effet une corrélation entre le nombre total des cas de tuberculose et ceux qui avaient une issue fatale de sorte que le rapport de uns et des autres demeurait pratiquement constant. Cette évolution naturelle de l'infection tuberculeuse dans la population a été complètement bouleversée par le traitement antimicrobien si bien que les données sur la mortalité tuberculeuse en particulier dans les pays où les paramètres épidémiologiques sont médiocres, ne donnent plus qu'un tableau insuffisant de la situation épidémiologique" (1)

(1) Paramètre épidémiologique de la tuberculose. par le Docteur K. STYBLO (Prague)
24 mars 1966.
EVRO 306/3 , publication de l'OMS.

I) Pour cependant essayer d'étudier la situation de la morbidité tuberculeuse en Côte d'Or, nous pouvons tout d'abord analyser les résultats globaux des statistiques du service départemental de lutte antituberculeuse.

Il existe, en effet, une dépendance très grande entre la situation épidémiologique générale et celle de la population enfantine, l'agent contaminateur des enfants étant essentiellement l'adulte, comme le démontrèrent en 1920, Léon BERNARD et R. DEBRE.

T A B L E A U n° 34

EVOLUTION DE LA MORBIDITE TUBERCULEUSE

EN COTE D'OR

(Service départemental de lutte anti-tuberculeuse)

	Nbre de Nouveaux Cas	Nbre de Primo-infect. pathologiques	Déclaration de décès par tuberculose
1948	595	141	196
1950	561	141	
1952	529	106	
1954	518	90	27
1956	536	100	
1958	480	167	
1960	375	111	62
1962	345	90	51
1964	247	64	69
1965	231	41	84
1966	220	24	53
1967	163	9	92

Nous constatons grâce à ce tableau que la tuberculose a connu un net recul en Côte d'Or depuis 1948; cette constatation est valable pour toute la France.

Le nombre de cas de primo-infections tuberculeuses pathologiques enregistrés au Service départemental, a lui aussi beaucoup diminué, il passe de 141, en 1948 à 24 en 1966 et à 9 en 1967. Entre 1948 et 1958, le nombre de nouveaux cas enregistrés n'avait baissé que de 17%. En 1958, les moyens de dépistage furent développés, et des campagnes de dépistage systématique furent entreprises de manière plus rigoureuses. C'est pourquoi, après une augmentation de nombre de primo-infection liée à la qualité du dépistage, le nombre de ces primo-infections a rapidement diminué. Ceci s'explique d'une part par une surveillance accrue = toute personne ayant à s'occuper d'enfants a été l'objet d'une surveillance attentive et d'autre part par le dépistage très régulier des enfants par tuberculino-réaction, et par l'extension du B.C.T. (1)

2) En fait, les meilleurs moyens de rechercher la situation épidémiologique de la tuberculose pour la tranche d'âge de 0 à 6 ans, en Côte d'Or aurait été d'étudier d'une part l'INDEX TUBERCULINIQUE ou PREVALENCE DES SUJETS TUBERCULINO-POSITIFS et d'autre part L'INCIDENCE DE L'INFECTION.

De tels travaux n'ont pas été faits dans le Département. Ils ont été entrepris dans différents départements français afin de rechercher les taux moyens français.

(1) L'INDEX TUBERCULINIQUE ou PREVALENCE DES SUJETS TUBERCULINO-POSITIFS, correspond au pourcentage d'individus qui dans un groupe d'âge déterminé présente une réaction "positive" à la tuberculine standard, à une date donnée, sans tenir compte du moment où ils ont acquis cette positivité (tests tuberculiniques positifs à plus de 6mm). Au dépôt des Enfants Assistés, le pourcentage des allergiques est tombé entre 1934 et 1952 de 27 à 12% chez les enfants de moins de 5-ans (2)

En 1960, l'index tuberculinique, était de 2 à 3% chez les jeunes enfants de moins de 6 ans et de 6 à 7% à 6 ans (âge d'admission à l'école) (3)

Entre 1962 et 1966, il ressort d'une enquête menée dans 4 régions de France que ce pourcentage est en moyenne de 4,3% à 6 ans. (4)

(1) *Notes du Service départemental de lutte antituberculeuse.*

(2) *Précis d'Hygiène*. p. 585.

(4) *Pour un programme de lutte antituberculeuse adapté à la situation présente*
P.2, Résultats d'un groupe de travail organisé le 4.5. avril 1968,
Comité National de Défense contre la Tuberculose.

(3) J. GERBEAUX. *Tuberculose primaire de l'enfant*. p. 13.

(2) L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE INFECTION s'établit en calculant le nombre et la proportion de sujets, dans une catégorie déterminée, qui ont présenté un virage de test à la tuberculine pendant une période déterminée (1 an, par exemple).

En France, entre 1962 et 1966, ce taux était en moyenne de 0,7%. (1).

3) COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS ETRANGERS :

Nous pouvons être satisfaits des résultats obtenus en matière de lutte contre la tuberculose car d'après les statistiques les taux de morbidité décroissent nettement. Mais si nous comparons nos résultats avec ceux d'autres pays nous ne pouvons pas garder ce même optimisme!

Un enfant à six fois plus de risque d'être contaminé à Paris qu'à Copenhague ! (2)

La mortalité par tuberculose reste encore trop élevée en France; en effet, voici à titre de comparaison quels étaient les taux de mortalité en 1966 dans différents autres pays (3) .

France =	13,4	pour 100.000 habitants
Pologne =	33,5	pour 100.000 habitants
Portugal =	29	pour 100.000 habitants
Grande Bretagne =	4,8	pour 100.000 habitants
Danemark =	1,9	pour 100.000 habitants
Pays Bas =	1,5	pour 100.000 habitants.

4) ANALYSE DES CAUSES DE CE RETARD EN MATIERE DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE :

I - Les services responsables de la prévention antituberculeuse sont très conscients des limites actuelles de leur action et dans les rapports annuels du service départemental de lutte antituberculeuse, nous pouvons trouver l'analyse des facteurs gênant l'éradication de cette affection. En voici l'essentiel =

Le dépistage serait vraiment efficace s'il touchait obligatoirement et systématiquement tout individu quel que soit son âge, et son milieu social.

La prévention serait réelle si tout bacillaire contagieux était soigné hors de son domicile et si les cures ambulatoires n'étaient pas tolérées chez ces sujets.

La vaccination par le B.C.G. vraiment systématique devrait être pratiquée dès les premiers mois de la vie.

(1) "Pour un programme de lutte antituberculeuse adapté à la situation présente" p. 2.

(2) Précis d'Hygiène p. 585

(3) "Pour un programme de lutte antituberculeuse adapté à la situation présente" Rapport du Comité National de Défense contre la Tuberculose. p.I, Paris le 4/5 avril 1968.

II - Le Professeur Ph. COUVE a lui aussi essayé de dégager les causes de la situation française, en matière de tuberculose. Il pense que la Société Française actuelle souffre de trois défauts :

"-Le premier défaut est l'INDISCIPLINE qui permet à chaque français, à toute classe sociale ou professionnelle qu'il appartienne, de discuter son traitement, de l'arrêter, quand il le veut, de refuser une vaccination par le BCG, malgré la loi, si tel est son bon plaisir..."

"-Le second défaut est le MANQUE DE PERSEVERANCE, qui entraîne des interruptions de traitement antibiotique, de cure hospitalière ou de cure sanatoriale..."

"- le troisième défaut, enfin, qui se retrouve dans le domaine de la lutte antituberculeuse comme dans d'autres domaines de notre vie nationale est le MANQUE DE CIVISME". (I)

De ces deux analyses le point qui nous paraît capital pour la population enfantine est celui de la non généralisation de la Vaccination par le BCG. Si vraiment ce vaccin était appliqué à chaque enfant (compte tenu des quelques contre-indications valables) dès son plus jeune âge, la situation épidémiologique de la tuberculose serait vraiment améliorée chez l'enfant.

5) LA PRATIQUE DU B.C.G.

Rappels législatifs :

Bien que cette vaccination ait été trouvée par un Français elle n'est devenue obligatoire que bien tardivement en France et après de nombreux autres pays.

Ce sont les lois du 5 janvier 1950 puis du 14 mai 1964 qui rendirent le B.C.G. obligatoire pour tous les sujets de 5 à 25 ans, ainsi que pour les enfants du premier et du deuxième âge placés en nourrice ou vivant en collectivité, pour les enfants vivant dans un foyer où il y a un tuberculeux percevant au titre de ces maladies des prestations de Sécurité Sociale. Elle est également obligatoire pour les personnels des établissements hospitaliers publics ou privés, des administrations publiques et pour les militaires ainsi que pour toutes les personnes qui interviennent à un stade quelconque de la préparation ou du conditionnement des denrées alimentaires (arrêté du 26 février 1965).

Cette obligation n'est cependant pas absolue car elle admet des dérogations, ainsi la vaccination peut être annulée ou différée dans un certain nombre de cas (décret 62.398 du 29 avril 1968) dont nous reparlerons.

Le caractère obligatoire de la vaccination est assorti de dispositions visant à punir ceux qui refusent de s'y soumettre ou d'y soumettre ceux dont ils ont la garde. Les sanctions applicables sont celles prévues à l'article 471 du code pénal et en cas de récidives, celles prévues par l'article 475 du même code. (amendes et peines de prison ou l'une ou l'autre)

3 mois après la vaccination, une vérification de l'existence et de la qualité de l'immunité acquise est pratiquée. Lorsque les réactions tuberculiniques de contrôle sont négatives, il est nécessaire de revacciner le sujet.

Ce bref rappel nous permet de mieux situer les obligations vaccinales et surtout de constater que les textes sont bien inefficaces. En effet, voici les résultats des vaccinations par le B.C.G. en Côte d'Or ces dix dernières années. Les vaccinations furent faites soit au centre du B.C.G. soit par un médecin choisi par l'assujetti. En principe, toutes les vaccinations doivent être enregistrées au centre de BCG en réponse à la convocation adressée à toute personne devant être vaccinée selon les dispositions de la loi.

NB : calcul du nombre des assujettis = approximatifs surtout pour la population infantine. Les enfants gardés en nourrice ne sont pas tous déclarés, et s'ils le sont la situation est alors tellement mouvante, que le centre de BCG ne possède pas un fichier à jour. Il en est de même pour les enfants placés en crèche ou pouponnière. Les médecins de centre du BCG confient donc aux Assistantes Sociales de secteur le soin de promouvoir cette vaccination. Ceci n'est pas toujours fait..

D'après ce tableau, nous constatons que malgré un important effort fait pour généraliser le BCG, cet effort est encore insuffisant puisque la totalité des assujettis n'a pas été convoquée par le centre de vaccination, et que parmi les sujets convoqués la proportion des assujettis ayant satisfait à la loi n'atteint pas 50% ces dix dernières années. D'autre part, les médecins du centre de vaccination signalent un nombre trop important de contre indications délivrées par certains médecins, toutes n'étant pas valables.

Mais ce tableau montre cependant bien que le nombre de vaccins faits par un médecin particulier augmente ces dernières années. Ceci nous paraît très important.

En 1967, nous notons une baisse sensible du nombre de sujets convoqués et en conséquence du nombre de vaccinés par rapport à l'année 1966. Ceci dû essentiellement à la défaillance de personnel infirmier (congés de maladie, de maternité).

T A B L E A U n° 35

CENTRE DU B.C.G.

(rapports annuels du contre RCG en Côte d'Or)

	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Nombre de sujets 0-6 ans assujettis à la loi				6700		712	2019	1986	1742	1870	1645
TOTAL	20400	36500	33700	36700	25000	25170	43315	42376	43543	41109	39615
Nombre d'assujettis contactés	7485	13110	9121	19970	18194	15139	14337	15539	14071	19475	14462
Nombre de sujets ayant présenté une contre-indication considérée valable	718	2481		3041	3123	1776	2529	1390	1715	2433	1409
Nombre de sujets ayant présenté des réactions tuberculiniques (+) avant vaccination	1725	2862	1395	3858	4136	3451	2791	2895	2274	2919	2591
Sujets vaccinés par le centre par un médecin	3348	5754	4320	8369 176	7663 261	7080 226	5788 365	5920 648	5123 910	6453 1300	5437 1215
Total des sujets ayant satisfait à la loi	5491	11097		15944	15241	12533	11473	10753	10022	13111	10652
par rapport aux assujettis	26,9%	30,4%		43,4%	48,7%	49,7%	26,5%	24,8%	23%	31,8%	26,9%
par rapport aux sujets contactés.	73,3%	84,6%		80,8%	83,7%	83,7%	80%	69%	71,2%	67,3%	73,6%

6) CAUSE DU FAIBLE TAUX DE VACCINATION PAR LE BCG :

a) Si dans certains départements, il se pose un problème d'infrastructure, par manque de personnel médical et paramédical attaché aux dispensaires, afin de mener à bien les campagnes de vaccination, cela n'est plus un problème essentiel en Côte d'Or, quoique ce problème existe surtout pour les zones rurales. En 1967, 9 dispensaires antituberculeux ont fonctionné régulièrement dans notre département et des équipes itinérantes ont permis de faire profiter des campagnes de vaccination gratuites les assujettis des zones rurales, comme nous le montre les deux tableaux suivants.

T A B L E A U n° 36

DISPENSIRE ANTITUBERCULEUX DE COTE D'OR
Année 1967. Rapport d'activité du service
départemental de lutte antituberculeuse DDASS

DISPENSAIRES	POPULATION DESSERVIE	Nbre DE SEANCES PAR MOIS
DIJON	245.000	40
BEAUNE	40.000	9
CHATILLON	30.000	8
SEUR	20.000	4
AUXONNE	15.000	1
LES LAUTES	15.000	1
MONTARD	15.000	1
SAULIEU	10.000	1
SEURRE	10.000	1
TOTAL	400.000	66

TABLEAU n° 37

CENTRES ET SERVICES DE VACCINATION PAR LE BCG

Centre administratif, I, rue Nicolas Berthot.

Centres de Vaccinations	- Centre de BCG de la Côte d'Or. I, rue Nicolas Berthot - Service de Médecine Préventive de l'enseignement supérieur (MPES) Cité universitaire - Dijon - dispensaire de la Côte d'Or (pour assujettis des catégories extra-scolaires.
Services Itinérants	- Equipe rurale : (exclusivement itinérante) dessert les communes rurales des arrondissements de DIJON et BEAUNE - Equipe urbaine : (partiellement itinérante) dessert les villes de DIJON, BEAUNE, SEMUR, CHATILLON, MONTBARD, VENAREY les LAUMES, SAULIEU, AUXONNE, LONGVIC, CHENOVE.

b) Préjugés et ignorance :

- Les quelques erreurs ou accidents du début de la vaccination par le BCG, tel que celui de l'accident de Lübeck en 1927, ont des causes bien déterminées indépendantes du vaccin lui-même. Mais une presse mal informée a répandu dans le public un malaise dont il est difficile de se débarrasser. Voici quelques arguments utilisés par les retardeurs à cette vaccination (parmi eux se trouvent des médecins !):

- . le vaccin fatigue énormément l'enfant qui doit rester alité ou partir à la campagne
- . il existe de nombreux accidents secondaires parfois graves.
- . le vaccin ne protège pas réellement
- . la tuberculose n'existe plus, les risques ont disparu...

D'autre part, l'obligation vaccinale n'est pas toujours ressentie par les parents qui ne soumettent pas leurs enfants à cette vaccination et comme bien des responsables des établissements qui accueillent les enfants assujettis, tolèrent souvent leur admission sans que le BCG soit fait, les parents ressentent cette tolérance comme un argument de plus contre cette vaccination.

Ceci est aggravé par les certificats de contre-indications de complaisance délivrés par certains médecins pour des enfants qui devraient pourtant recevoir cette vaccination. En France, le Professeur Mando signale qu'il y a en moyenne 50% de contre-indications alors qu'elles ne devraient s'élever qu'à 5 à 10%. Enfin les sanctions prévues contre ceux qui ne soumettent pas leurs enfants à la loi sont très rarement appliquées.

Mais toutes ces critiques contre les BCG, ces résistances ne peuvent tenir devant la pratique généralisée par le monde entier du BCG. "200 millions de jeunes sujets ont été vaccinés de par le monde au cours de ces quinze dernières années et aucun pays n'a élevé de protestation au sujet de ces soi-disant acciènts" déclare F. Bernard, dans son ouvrage "Prévention de la Tuberculose".

7) MOYENS DE LUTTER CONTRE CETTE SITUATION :

"Le principal moyen, semble-t-il, est l'information pour une meilleure éducation sanitaire. Il s'agit de faire prendre conscience à tout français, même parfois au personnel sanitaire, que le risque de contamination tuberculeuse existe toujours, que les médicaments spécifiques ne suffisent pas et donc qu'il est nécessaire de PREVENIR cette affection.

Dans ce sens, la commission départementale de l'action sanitaire et sociale de Côte d'Or soutenue par nos professeurs de faculté de Médecine et par certains médecins de C.H.R. a fait publier le communiqué suivant afin de lutter contre les contre-indications abusives, à la vaccination par le B.C.G.

VACCINATION PAR LE B.C.G. - CONTRE-INDICATIONS

"Le Centre Départemental de la Vaccination par le BCG, 1, rue Nicolas Berthot à Dijon, porte à l'attention des médecins praticiens, la nouvelle énumération des contre-indications à la vaccination par le BCG, précisé par l'arrêté Ministériel du 7 mai 1968, modifiant celui du 4 novembre 1952."

"Les contre-indications sont les suivantes :

Contre-indications définitives

- les affections cancéreuses et les leucémies
- les affections viscérales chroniques graves suivantes
néphrites chroniques, néphroses lipoidiques, cardiopathies mal compensées.

- contre-indications temporaires :

- la prématurité tant que l'enfant n'a pas atteint le poids de 3 kgs.
- les maladies aiguës pendant toute la durée de leur évolution et la phase de convalescence.
- les dermatoses étendues en évolution".

"On remarquera que cette énumération (...) élimine, à juste titre, certaines contre-indications : le diabète et l'asthme."

cf. Information - Revue de Médecine de Dijon - n° 6 octobre 1968.

Cette campagne d'information entreprise devrait être intensifiée auprès de tous les responsables sanitaires, sociaux, les éducateurs... Ceci permettrait de lutter contre les préjugés signalés précédemment.

1° - La gravité de cette vaccination :

Pour cela, le Professeur G. DESPIERRES, dans son ouvrage sur les "Réactions tuberculiniques et le B.C.G." demande à tous les médecins :

"De ne pas considérer tous les incidents pathologiques survenant chez un vacciné dans les six mois ou dans l'année qui suit une vaccination comme un accident dû à cette vaccination".

"De n'accepter comme accident de B.C.G. que les faits indiscutables, se rapportant sûrement au B.C.G. et ceci uniquement après une enquête minutieuse".

(Tiré de l'Etude de Madame le Docteur FILLASTRE, médecin chef de la Station Pilote B.C.G., du centre international de l'enfance.)

Complications :

Les suites de la vaccination sont habituellement très simples et les incidents, mêmes minimes, sont exceptionnels; il faut signaler pour ne pas y revenir les quelques cas rares de Réaction grave survenus chez des sujets agammaglobulinémiques dont l'affection était inconnue.

Les complications qui peuvent survenir après vaccination B.C.G. sont différentes selon qu'il s'agit de :

- 1° sujets non antérieurement infectés
- 2° sujets antérieurement infectés que l'allergie soit ou non décelable.

I/ Incidents après vaccination de sujets non allergiques

Cette catégorie représente l'immense majorité des sujets vaccinés et les incidents sont très rares.

- réactions générales : 3 à 5% des enfants vaccinés présente 20 à 40 jours après la vaccination au moment de l'apparition de la lésion vaccinale, et de l'installation progressive de l'allergie, une période de fatigue légère avec parfois une élévation modérée de la température; Mais cette réaction générale n'est jamais très intense ni très durable.

- réactions locales : Elles varient avec le mode de vaccination ; ce sont moins des complications que des évolutions anormales par leur intensité ou par leur durée:

= après vaccination intradermique :

. l'ulcération vaccinale peut se prolonger au-delà du quatrième mois, mais l'évolution se fait toujours spontanément vers la cicatrisation (1 fois sur mille environ).

. la lésion locale peut prendre de trop grandes dimensions, l'ulcération dépassant 10 de diamètre (1%). Une pommade à l'Hydrocortisone permet, dans ces cas, une cicatrisation rapide.

. l'abcès sous-cutané est un cas tout à fait exceptionnel, dû à une erreur de technique lors de l'injection du vaccin.

= après vaccination par scarification

. la seule complication est représentée par les cicatrices chéloïdes qui sont exceptionnelles.

= la vaccination par voie buccale :

. a provoqué de nombreux incidents. Il s'agit de :

- complications digestives
- adénites mésentériques
- abcès rétro-pharyngiens
- otites suppurées (incidents survenus avec une telle fréquence en Hollande qu'ils ont fait sursoir à tout B.C.G. pendant plusieurs années).

. toutes ces complications ayant en commun de survenir :

- chez le nourrisson
- 5 à 8 semaines après la vaccination
- sans altération de l'état général, le plus souvent ne tuberculisant pas l'animal de laboratoire.

. il est malheureusement impossible de préciser la fréquence de ces incidents, la qualité de la souche B.C.G. utilisée jouant un rôle fondamental.

les manifestations ganglionnaires représentent, en fait, la seule vraie complication du B.C.G. ; les adénites s'observent quelle que soit la méthode employée et quel que soit le mode de préparation du vaccin.

La réaction ganglionnaire est constante après vaccination par le B.C.G. ; elle réalise, avec le point d'inoculation, un véritable complexe primaire. Le plus souvent, elle passe inaperçue, mais parfois son volume peut être suffisant pour entraîner gêne et douleur, et dans certains cas, cette adénite inflammatoire peut aller jusqu'à la fistulation. La fistulisation n'a d'autre inconvénient qu'une suppuration de longue durée ; l'essai t-on généralement d'éviter la fistulisation spontanée en ponctionnant le ganglion fluctuant et on y injectant localement de l'hydrocortisone.

L'adénite siège dans le territoire ganglionnaire correspondant au point de pénétration du vaccin, elle est généralement unique, ne touchant que très rarement deux ganglions d'une même chaîne. Elle apparaît habituellement 2 à 3 mois après la vaccination, mais parfois beaucoup plus tard, 6, 8 et même 24 mois après.

La fréquence des adénites varie avec de nombreux facteurs :
- l'âge des sujets (avant 2 ans = 1%, à l'âge scolaire = 0,5 à 2 pour mille)

- les diverses méthodes de vaccination
- les différentes souches de B.C.G.
- les infections associées
- la quantité de B.C.G., etc...

Le siège de la vaccination pour les méthodes parentérales est important à cause de ce risque d'adénites. C'est pourquoi, nous conseillons la face postérieure du bras gauche au niveau du tiers moyen, le ganglion satellite étant axillaire.

L'ennui de la voie buccale est que les adénites sont cervicales et mésentériques.

2/ Incidents observés chez les sujets antérieurement infectés que leur allergie soit ou non décelable :

Lorsque le B.C.G. est pratiqué dans ces conditions, il peut déterminer une série de manifestations inhabituelles, générales ou locales.

Les réactions générales sont très rares (0,1 à 0,2 pour mille en A.M.N.) et se présentent dans les jours qui suivent la vaccination.

La réaction vaccinale locale peut être très précoce, dans les premières heures, presque toujours dans les 48 heures qui suivent la vaccination, alors qu'habituellement elle ne commence à évoluer que vers la 2ème semaine.

Ces manifestations locales varient avec le mode de pénétration du vaccin. Elles sont toujours à évolution accélérée, ont tendance à produire des ulcérations ou des nécroses, par voie intradermique, elles réalisent exceptionnellement un phénomène de Koch.

Dans tous les cas, les réactions tuberculiques deviennent positives beaucoup plus précocement que d'habitude. De tels faits, bien qu'ils ne soient pas très graves, peuvent être évités en adoptant de bonnes épreuves de sélection et en utilisant une tuberculine de bonne qualité.

3/ Tuberculose observée chez les vaccinés :

On peut observer, chez les sujets vaccinés, des maladies tuberculeuses dues non pas au B.C.G. mais au B.K. virulent. Ces tuberculoses vraies s'observent soit :

- dans les 3-4 mois qui suivent la vaccination ; il s'agit de cas qui ont été contaminés par le B.K. soit immédiatement avant la vaccination, le B.C.G. ayant été pratiqué pendant la période anté-allergique, soit immédiatement après, alors que la vaccination n'avait pas encore pu créer l'immunité.

- plus tardivement, le B.C.G. protège efficacement contre la primo-infection et les manifestations secondaires (miliaire, méningite) Mais il est certain que des tuberculoses pulmonaires peuvent survenir chez des sujets correctement vaccinés. Il est probable que la protection conférée par le B.C.G. ne s'étend pas aux tuberculoses de réinfection. Pour pouvoir répondre à cette question, il faudrait disposer d'études portant sur de très longues périodes et comportant des groupes témoins.

Nous avons, à la station pilote, en 12 ans de vaccination et d'observation, observé 35 cas de maladie tuberculeuse, au nombre desquels 5 sujets vaccinés probablement en période anté-allergique, parmi 41.263 vaccinés.

Il semble donc que tout médecin ne devrait pas hésiter à vacciner les enfants, même durant les premiers mois, sans craindre de manière abusive les complications.

2° - Valeurs de l'immunité acquise :

Comme bien d'autres vaccins, le B.C.G. :

- ne confère pas une immunité absolue, il s'agit d'une prémunition, valable dans 80% des cas, Pour que la protection soit réelle, il est donc nécessaire de vérifier l'efficacité de cette vaccination. Au cas où la réaction tuberculique de contrôle est ou devient négative, une nouvelle vaccination doit être faite afin de protéger réellement le sujet vacciné. Or, ces contrôles ne sont pas faits systématiquement. C'est pourquoi certains s'étonnent de voir un sujet anciennement vacciné par le B.C.G. être atteint d'une tuberculose

- pourtant l'efficacité du vaccin a été reconnue et expérimentée. En voici quelques exemples = En Suède, des expériences furent faites sur des infirmières devant soigner des tuberculeux. 287 infirmières ayant une cuti-réaction négative ont reçu le B.C.G., on a constaté ultérieurement 8 tuberculoses pulmonaires et 1 décès. Sur 280 infirmières non vaccinées, ayant une cuti-réaction négative, on a observé par la suite 96 tuberculoses pulmonaires et 10 morts. (1)

En voici un, entre autres, tiré de l'étude faite par le Medical Research Council de Grande Bretagne sur 10 ans :

"Cette étude a porté sur 50.000 enfants âgés au départ de 14 à 15 ans 1/2. Les sujets vaccinés et ceux d'un nombre égal, qui ne l'ont pas été, ont été répartis strictement par l'effet du hasard."

"Pendant les 5 premières années de l'observation la fréquence annuelle des cas de tuberculose chez les vaccinés a été de 0,38% contre 2,29% chez les non vaccinés. La réduction de morbidité attribuable à la vaccination fut ainsi de 83%. Au cours des deux années 1/2 suivantes, c'est à dire une période assez lointaine après la vaccination, les taux respectifs ont été de 0,34% et 1,38%, ce qui traduit encore une protection tardive de 75%" (2)

Ainsi, on observe aussi que le B.C.G. comme les autres vaccins n'immunise pas à 100% mais diminue fortement le risque tuberculeux.

Cette protection conférée par le B.C.G. s'exerce surtout sur la primo-infection. Mais les différentes grandes enquêtes faites montrent que cette protection s'exerce aussi vis à vis des autres manifestations tuberculeuses même de la tuberculose primaire commune (3) Cependant il semble bien qu'il protégé mieux contre certaines formes que contre d'autres .

Cernez-Rieux évalue à 88%, le degré de protection contre la tuberculose primaire et 66% celui contre la tuberculose pulmonaire tardive.

"La protection commence à se manifester seulement quelques semaines après la vaccination, lorsque l'immunité post-vaccinale a eu le temps de s'installer.... et si le vaccin est de bonne qualité, qu'il est correctement employé, il a toutes les chances de produire une bonne immunité" pendant une longue période qui peut atteindre dix ans... et peut-être davantage" (3)

(1) J. BOYER, *Précis d'Hygiène*, Coll. Baillière: les grands fléaux sociaux, p.608

(2) E. BERNARD. "Prévention de la Tuberculose". Dans le livre, "une politique de prévention" par TIVET RIVIERE, p. 43.

(3) cf. "La protection conférée par le B.C.G.", par le Professeur R. MAND, Dr C. FILLASTRE, Dr A. ROUILLON.

Il semble donc pour conclure cette étude des résultats de la lutte antituberculeuse menée dans la population enfantine qu'un gros effort est encore à faire pour protéger l'enfant contre le risque, encore trop élevé de primo-infection tuberculeuse et donc de ses complications fréquentes et graves à cet âge.

Si les différentes méthodes prophylactiques telles que le dépistage systématique, la chimio-prévention, l'isolement des sujets contaminateurs, etc... ont une action bénéfique, bien que indirecte, sur la contagion enfantine, le meilleur moyen prophylactique pour l'enfant reste le B.C.G. pratiqué précocement et systématiquement et suivi des vérifications périodiques, et voire même de revaccination.

Pour cela, il faut un nombre suffisant d'équipes de vaccination,

- une coordination très grande entre services P.M.I et services antituberculeux.
- une simplification et une standardisation des méthodes et des techniques de vaccination
- un effort particulier de vaccination des enfants de travailleurs étrangers (milieux les plus touchés).

Enfin, il faut qu'une véritable campagne d'information tant auprès des médecins, des étudiants en médecine, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des enseignants... et du grand public soit entreprise sans plus tarder par tous les moyens que la civilisation moderne nous offre.

B) LUTTE CONTRE LA SYPHILIS :

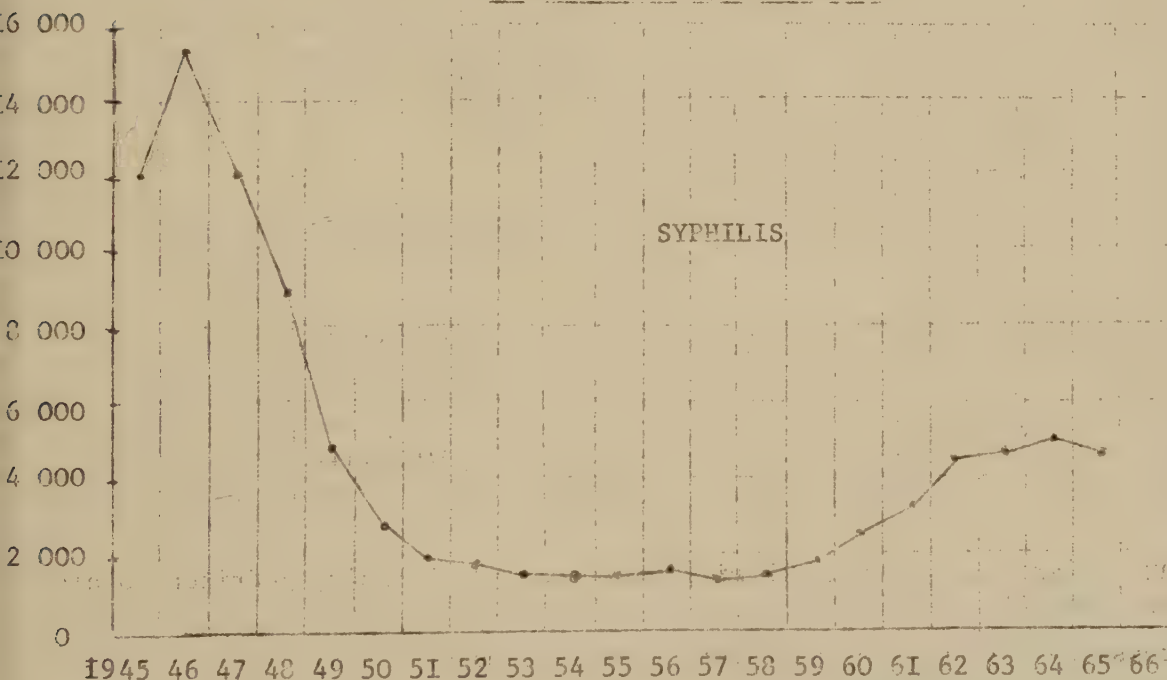
Les maladies vénériennes, et surtout la syphilis étaient au XIX^e siècle un autre fléau social à cause des énormes ravages que cette maladie entraînait. La syphilis congénitale, forme qui nous intéresse le plus ici, était une cause fréquente d'avortements, de mortalité périnatale et d'accidents ultérieurs très graves. Grâce à l'introduction des antibiotiques dans le traitement des maladies vénériennes et grâce aux nombreuses mesures prophylactiques, cette affection a fortement régressé dans l'ensemble de la France, comme nous le montre le tableau suivant, tout au moins depuis 1945. mais depuis 1960 on note une recrudescence certaine .

T A B L E A U n° 38

NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS

	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Syphilis primaire et secondaire.	1222	1156	1452	1348	1461	1837	2502	3608	4551	4749	5336	4539

G R A P H I Q U E n° 8



Cette même évolution, a été enregistrée au service de lutte antivénérienne du département.

Ceci a eu une incidence spectaculaire sur la SYPHILIS congénitale, qui a presque totalement disparu, comme nous le montrent les résultats des consultations prénatales du service de lutte antivénérienne de DIJON.

T A B L E A U n° 39

CONSULTATIONS PRENATALES
CENTRE DE LUTTE ANTIVENERIEENNE

I, rue Nicolas Berthot - DIJON
(environ 2 000 consultantes par an).

Années	Nbre de B.W. +	Nbre de Syphilis sérologiques	Nbre de Syphilis congénitales C
1950	7	7	
1951	7	5	2
1952	12	10	2
1953	8	8	
1954	5	4	I
1955	4	4	
1956	2	I	I
1957	5	2	I
1958	0		
1959	I		
1960	I		
1961	6		
1962	2		
1963	I		
1964	3	2	I(S.II)+
1965	5	4	II
1966	0		
1967	2	2	
1968	5	5	2(S.II)++

+ l'enfant a fait une syphilis floride vers l'âge de 2 mois, guérison totale (Nelson négatif)

++ une grossesse terminée par un macéré, avant 4e mois
l'autre grossesse en cours.

Cependant ce tableau ne traduit pas la réalité départementale, ce n'est qu'un résultat partiel qui a cependant toute sa valeur puisqu'il porte sur environ 2 000 examens systématiques par an. L'activité du centre de lutte antivénérienne est en régression ces dix dernières années car maintenant beaucoup de médecins ne redoutent plus de traiter la syphilis.

Nous notons cependant sur ce tableau qu'après une régression importante de cette maladie vers les années 1958-1959, une recrudescence de syphilis sérologique découverte depuis 1961 et de nouveaux cas de syphilis congénitales furent enregistrées en 1964, 1965 et 1968.

Ceci est le reflet de l'évolution générale en France, comme nous le montrait le graphique introductif (de 1955 à 1964, le nombre de cas de syphilis déclarées est passé de 1156 à 5336).

Pour pouvoir enfin libérer notre pays de cette affection il n'est pas nécessaire de créer de nouvelles lois, mais seulement de les faire vraiment appliquer =

- la syphilis est une maladie à déclaration obligatoire. Depuis la loi du 29 novembre 1939 et 1945 modifiée par l'ordonnance n° 60.124 du 25 novembre 1960, le traitement est obligatoire. Des dispositions pénales ont été prévues pour les agents contaminateurs informés n'apportant pas la preuve d'un traitement régulier.

- or, toute syphilis n'est pas déclarée
- le diagnostic est parfois difficile
- le traitement pénicillinique est parfois insuffisant, permettant l'installation d'une syphilis sérologique occulte pouvant se compliquer ultérieurement.

La lutte n'est donc pas terminée ! Là encore le rôle de l'information, de l'éducation sanitaire est primordial. Elles doivent commencer auprès de l'étudiant en médecine, des médecins....c'est, par exemple ce que l'enseignement post-universitaire proposait récemment à Dijon aux médecins. Cette information doit aussi se faire chez les infirmières, assistantes sociales, puéricultrices... Mais tout ceci nous paraît secondaire encore. Le véritable problème à résoudre est celui de la prostitution.

Si nous devons signaler cette recrudescence de la syphilis, et de ses conséquences, nous ne pouvons pas passer sous silence, l'immense effort entrepris pour lutter contre cette maladie, et les résultats très positifs obtenus dans l'ensemble. Ceux-ci furent obtenus grâce au dépistage systématique dont la PMI a été un des agents très actifs.

L'obligation de pratiquer des examens sérologiques lors de l'examen prénuptial, et des examens prénataux, lors d'une garde d'enfants en nourrice est généralement bien admise, rares sont les personnes qui échappent à ce contrôle. Si un cas est dépisté, un traitement par pénicilline est alors fait durant la grossesse pour éviter la contamination congénitale.

Les quelques cas enregistrés n'avaient pas été traités à temps (soit absence de contrôle sérologique, soit contamination en fin de grossesse).

Il semble cependant qu'il existe encore quelques cas de syphilis congénitale tardive qui se manifeste surtout par une Kératite interstitielle apparaissant entre 5 et 25 ans. WURIEZ en signale 61 cas observés au C.F.R de Lille de 1951 à 1961. (1)

Pour conclure cette brève étude sur ces deux maladies classiquement considérées comme des fléaux sociaux, nous pouvons dire que tout effort fait pour prévenir ces affections chez l'adulte a une répercussion très importante sur la morbidité infantile, mais que toute prophylaxie en ces domaines ne peut être que GLOBALE pour être efficace.

(1) *Précis d'Hygiène* - par J. BOYER.
p. 157. Ed. Baillière.

II - RÉSULTATS DE LA LUTTE CONTRE LES PRINCIPALES MALADIES ÉPIDÉMIQUES :

Pour protéger l'enfant comme l'adulte contre certaines autres maladies épidémiques de gravité variées des mesures prophylactiques furent prises au fur et à mesure que la médecine progressait. C'est la grande Loi d'Hygiène du 15 février 1902 qui a établi le principe de la DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES les plus graves, afin de pouvoir veiller à l'isolement des sujets atteints, à la désinfection et à la recherche de l'origine de la contagion.

Mais ce qui a vraiment permis de réels progrès en ce domaine ce sont les découvertes de DIFFÉRENTS VACCINS. Cinq sont devenus obligatoires en France, d'autres sont fortement conseillés.

Dès son plus jeune âge l'enfant doit être vacciné contre les principales maladies contagieuses en tenant compte des possibilités de réactions immunologiques. Le calendrier officiel a été exposé précédemment. Nous voulons donc ici étudier les résultats des mesures prophylactiques.

Comme nous l'avons signalé au début de ce chapitre, l'étude de la morbidité des principales maladies contagieuses est difficile. Nous avons comme document essentiel les statistiques épidémiologiques du département. Or, tous les cas de maladies à déclaration obligatoire ne sont pas signalés. Les chiffres du tableau suivant ont cependant une valeur indicative d'autant plus proche de la réalité que la maladie est plus grave (car elle a entraîné alors l'hospitalisation et là, les déclarations sont généralement faites régulièrement).

Par ce tableau, nous voyons qu'un certain nombre de maladies épidémiques ont pratiquement disparu; la variole, par exemple, est oubliée de presque tous et même de bien des médecins.

Par contre, d'autres affections, aux graves conséquences, n'ont pas encore disparu, bien que depuis plusieurs années la vaccination contre ces maladies soit OBLIGATOIRE. Nous constatons en effet, qu'il existe toujours des cas de poliomyélite, de diphtérie et même de tétanos (mais cette dernière maladie touche surtout la population adulte).

TABLEAU n° 40

MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Rapports annuels de la DDASS

	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
1 - FIEVRES TYPHOÏDES +	94	57	211	80	23			16	25	12	20	15	16	4	4	5
2 - RICKETTSIOSES																
3 - VARIOLE																
4 - SCARLATINE	122	111	30	120	62			99	64	41	33	38	80	76	16	20
5 - ROUGEOLE	13	697	146	49	707			332	103	188	265	38	341	32	87	93
6 - DIPHTHERIE	192	127	83	40	27			19	5	9	8	3	3	4	1	8
7 - SUETTE M																
8 - CHOLERA																
9 - PESTE																
10 - FIEVRE JAUNE																
11 - DYSENTERIE	3	2	1													
12 - TOXI. INF. ALIM.																
13 - MENINGITE CS	6	5	3	2	1			7	8	4	6	1	0	1	6	0
14 - POLIO	8	6	61	43	10			2	6	25	24	5	9	1	6	21
15 - TRACHOME																
16 - BRUCELLOSE	3	9	4	8	10			4	7	3	3	0	5	1	4	2
17 - LEPRE																
18 - LEPTO. I.H.										1	1			1		
19 - PSITTACOSE										1						
20 - TETANOS	6	17	3	6	13			8	11	3	8	11	3	2	2	2
21 - TYPHUS RECURENT																
22 - COQUELUCHE	27	26	79	60	35			50	76	56	28	34	51	33	23	5
23 - TUBERCULOSE	25	7	1	13	2											
24 - PAUDISME																
25 - TOXICOSE ENF.																
26 - TEIGNE																1
27 - TUBERCULOSE ++																

+ n'est plus à déclaration obligatoire

++ est à déclaration obligatoire depuis 1964

Enfin, le tableau précédent indique les quelques cas de coqueluche et rougeole déclarés, mais ces chiffres ne correspondent vraiment pas à la réalité épidémiologique ! (ces chiffres traduisent surtout le nombre d'enfants soignés en milieu hospitalier).

A) EXEMPLE DE RESULTATS TRES POSITIFS DES MESURES PROPHYLACTIQUES = LA VARIOLE

La variole qui est la plus contagieuse des maladies infectieuses, a pratiquement disparu dans nos régions et ceci grâce aux mesures prophylactiques rigoureuses et essentiellement grâce à la vaccination jennérienne obligatoire. C'est ainsi que les statistiques sanitaires de Côte d'Or n'indiquent aucun cas de variole depuis 1946.

Conformément à la législation en vigueur des séances de vaccination sont organisées dans le département. Nous pensons utile de rappeler brièvement le contenu des textes de lois concernant la vaccination anti-variologique

- L'obligation de la vaccination anti-variologique a été demandée par l'Académie de Médecine dès 1846. A partir de 1886, un certificat de Vaccination a été exigé pour l'admission des enfants dans les écoles primaires, et la loi du 1er novembre 1887, a rendu obligatoire la vaccination dans l'armée. La Loi du 15 février 1902 a institué l'obligation de la vaccination anti-variologique au cours de la PREMIERE, de la ONZIEME et de la VINGT ET UNIEME année.

Elle est également imposée dans certains cas particuliers et pour l'entrée dans les administrations publiques, notamment pour le personnel hospitalier (24 août 1948).

- On exige au cours de la première année, soit une vaccination positive, soit trois vaccinations négatives.

- Les personnes assujetties peuvent être vaccinées soit par leur médecin traitant, soit dans les séances publiques gratuites organisées périodiquement.

L'étude de l'activité des centres de vaccination antivaricelle nous montre que la totalité des enfants assujettis n'est pas vaccinée comme le voudrait la loi, 60 à 65% seulement des enfants de moins de 1 an sont vaccinés chaque année et parmi ceux qui ne furent pas vaccinés la première année, seulement 45 à 50% sont vaccinés entre 1 et 2 ans. En effet, un certain nombre d'enfants, pour des raisons diverses = négligence, parti pris des parents, crainte de complications, ou simplement contre-indications médicales échappent à cette obligation, et de ce fait devront être vaccinés plus tardivement. Le médecin lui-même ne pratique pas souvent cette vaccination avec sérénité à cause du risque d'encéphalite post-vaccinale. Ainsi est-on venu parfois à mettre en doute l'obligation d'une telle vaccination étant donné la rareté de la maladie. R. MAËDE répond donc à cette objection =

"Que l'on puisse remettre en question l'utilité de la vaccination antivariolique dépasse l'entendement. Certes, si notre pays était miraculeusement isolé du reste du monde, on aurait le droit de se dire : Pourquoi lutter avec une telle obstination contre une maladie disparue de chez nous depuis bientôt cent ans ? Mais le monde est à nos portes, et à 24 heures d'avion les pays surpeuplés d'Asie sont là, or la variole, à la surprise du voyageur européen, s'étale dans la rue sur les visages grêlés des passants. Ou'un soldat en permission rentre en 36 heures de Saïgon en Bretagne, et cela suffit pour provoquer en 1955, l'épidémie de Vannes qui causa 95 cas de variole et 25 décès. Sait-on qu'il y eut 250.000 cas de variole en Inde en 1963 ? Si l'on songe que la mortalité moyenne de la maladie est de 15 à 20%, on mesure mieux le service que Jenner a rendu à l'humanité".

Ainsi, nous ne pouvons pas remettre en cause le bien fondé de la vaccination antivariolique dès le plus jeune âge mais ce qu'il faut, c'est essayer de prévenir le risque vaccinal dans la mesure où ceci est possible. Ce risque n'est d'ailleurs pas évalué de manière rigoureuse en France. Il a été estimé à 1 pour 100.000 vaccinés, par la section épidémiologique du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique en France, mais la réalité de ce chiffre n'a pu être confirmée. En effet, une bonne statistique doit porter sur la totalité des sujets vaccinés et non sur quelques observations particulières. Il faut aussi, bien être sûr des critères de diagnostic d'encéphalite post-vaccinale. Il est bien sûr que tout accident qui survient dans les jours qui suivent la vaccination sera attribué à priori, mais peut-être à tort, à celle-ci. Il faut aussi signaler que l'encéphalite n'est pas le seul accident neurologique qui puisse survenir dans les suites de la vaccination. Par exemple :

"Une excellente revue de SPILLANE publiée en 1964, fait état pour 8.000 vaccinations de 39 cas de complications neurologiques qui se répartissent comme suit =

- . Encéphalomyélite : 11
- . Encéphalopathies : 3
- . Ménigisme : 7
- . Epilepsie : 3
- . Lésions locales du
cerveau et la moelle : 6
- . Polynévrites : 5
- . Névrites brachiales : 2
- . Rechute de myasthénie : 2 ". (1)

Différents facteurs ont classiquement un rôle sur le risque vaccinal :

- la souche utilisée
- la date de la vaccination.

(1) *Médecine Infantile*, n° 2, FERRIER 1962, *Vaccination antivariolique*.
par MAINARD, BERRANGER, BRELET, p 92.

Classiquement, le meilleur moyen de prévenir ce risque vaccinal était, pensait-on, de vacciner précocément, ce dogme est actuellement remis en cause. Un certain nombre de statistiques (telle celle de CORNYBEARE) indique que si la fréquence des complications neurologiques est effectivement plus grande dans les primo-vaccinations tardives, elles sont par contre moins graves et la mortalité est plus faible (...) La statistique de MERRAY, publiée en 1964, en Australie, est particulièrement instructive car portant sur un très grand nombre de vaccinations et sur une longue période de temps (de 1911 à 1950). Elle précise la fréquence de l'encéphalite par millions de sujets vaccinés. =

- 14 encéphalites avant 1 an.
- 6 encéphalites de 1 à 4 ans.
- 24 encéphalites de 5 à 14 ans
- 25 encéphalites après 15 ans. (1)

Ces faits ont modifié dans différents pays la pratique vaccinale.

En France, la position officielle est contenue dans la circulaire ministérielle du 31 mars 1967:

"L'article 15 du code de la Santé Publique prévoit que la vaccination doit être pratiquée au cours de la première année, en fait, si une contre-indication a empêché d'effectuer la vaccination dans les délais réglementaires, il n'est pas établi que le risque de complications soit accru au cours de la deuxième année".

B) RESULTATS NON SATISFAISANTS DES MESURES PROPHYLACTIQUES ANTI INFECTIEUSES

A cause de la gravité des maladies suivantes des mesures prophylactiques très rigoureuses furent prises, et la vaccination contre ces maladies fut obligatoire. Il s'agit:

- de la poliomyélite
- de la diphtérie
- du tétanos.

Les statistiques sanitaires révèlent la subsistance de quelques cas chaque année, et nous savons que parmi eux, il y a de jeunes enfants.

Faut-il mettre en doute l'effet de ces vaccinations ou faut-il mettre en doute la pratique effective de ces vaccinations ? C'est ce que nous allons essayer d'étudier.

(1) "Vaccination antivariolique". R. MAINARD, P. DE BERRANGER, G. BRELET, dans "la médecine infantile" n°2, février 1969. p. 93.

1°) PROPHYLAXIE DE LA POLIOMYELITIS :

D'après les statistiques sanitaires sur les résultats de la prophylaxie des principales maladies épidémiques, situées au début de cette étude, nous voyons que dans le département, la poliomyélite n'a pas encore totalement disparu, mais a très nettement regressé. Il y a eu plusieurs épidémies qui touchèrent parfois de nombreuses personnes comme en 1949-1950 (104 cas pour ces deux années). En 1962, 21 personnes furent touchées dans la région de Beaune, Gevrey, dont 13 enfants de moins de 6 ans.

Les enquêtes menées auprès de chaque sujet atteint ont montré qu'aucun n'avait été vacciné. Cette constatation est d'ailleurs générale = jusqu'à présent, aucun des sujets correctement vacciné n'a été atteint par la maladie. La preuve est donc bien faite que la seule protection efficace contre la poliomyélite est LE VACCIN.

L'obligation vaccinale ne date, en France, que de 1964, bien que le vaccin fut découvert en 1954.

La loi du 1er juillet 1964, et son décret d'application du 19 mars 1965, comportent les obligations suivantes =

- la primo-vaccination doit être pratiquée avant l'âge de dix huit mois.
- Les rappels de vaccination doivent être terminés avant l'âge de treize ans.
- la vaccination est obligatoire pour les sujets âgés de moins de trente ans à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

Cette vaccination peut être faite de deux manières, soit par injection de vaccin inactivé, soit par administration orale de vaccin atténué.

I - Vaccin inactivé de LEPINE : utilisé en France.
Peut être injecté seul ou associé au vaccin D.T. Il nécessite 3 injections sous-cutanées à environ un mois d'intervalle, une injection de rappel doit avoir lieu 1 an après, puis tous les 5 ans.

La tolérance est excellente.

Les contre-indications très peu nombreuses (maladies aiguës en évolution, maladie chronique particulièrement graves). Il peut être utilisé chez la femme enceinte et chez les sujets soumis à la corticothérapie.

Les résultats sont excellents, 90% des enfants et 82% des adultes ont un taux satisfaisant d'anticorps neutralisant avec les 3 premières injections.

Les inconvénients de ce vaccin sont les suivants :

-- l'immunité est purement humorale, elle ne s'oppose donc pas à l'implantation des virus sauvages sur la muqueuse intestinale et ne modifie guère la diffusion interhumaine.

-- l'immunité est lente à s'établir.

2 - Vaccin atténué de SABIN (en France) :

comporte l'absorption de trois doses de vaccin à intervalles de 6 à 8 semaines. L'intervalle ne doit pas être inférieur à 4 semaines, à cause des phénomènes d'interférence. Il est nécessaire que le sujet soit alors indemne de troubles intestinaux.

Le premier rappel a lieu 1 an après, les rappels ultérieurs ont lieu tous les 5 ans.

Si le vaccin atténué sert de rappel au vaccin inactivé, il est nécessaire de prendre 2 doses à 6 semaines d'intervalles.

La tolérance au vaccin est excellente. Il faut cependant savoir qu'il contient des traces de pénicilline, il faut donc, chez le sujet connu comme allergique à la pénicilline, pratiquer un test préalable par ingestion de vaccin dilué.

Les contre-indications sont peu nombreuses = les maladies infectieuses en évolution feront différer la vaccination. Les déficits immunitaires contre-indiquent formellement l'emploi de ce vaccin vivant. Les traitements par corticoïdes, les troubles intestinaux, les trois premiers mois de la grossesse sont des contre-indications temporaires.

Grâce à l'introduction de la vaccination, la poliomyélite a pratiquement disparu dans la plupart des pays du Monde. Ainsi, par exemple, aux Etats Unis durant la période de 1950 à 1955, il y avait en moyenne 20.000 cas de polio par an; en 1964, il n'y en a eu que 47 cas, donc 400 fois moins. En Yougoslavie, pays de niveau de vie inférieur à celui de la France, il y avait dans la période 1955-1960, en moyenne 1 880 cas de poliomyélite par an; en 1965, il n'y a eu que 2 cas pour tout le pays. Mais en France, les résultats ne furent pas aussi spectaculaires = entre 1950 et 1955, il y a eu en moyenne, 2000 cas de polio par an (c'est à dire des chiffres comparables à ceux de la Yougoslavie). En 1966, 210 cas furent encore enregistrés dans le pays. La diminution n'est que de 10 à 1, contre 400 à 1 pour les U.S.A. (1).

(1) R. MANDE "Plaidoyer pour la vaccination" Concours Médical 7.12.68. p. 8337.

Cette différence par rapport aux autres pays peut s'expliquer par une défaillance des campagnes de vaccination, mais aussi du fait de l'emploi du vaccin inactivé. Bien des personnes craignent les injections! Le vaccin buccal peut être plus facilement administré. C'est pourquoi, une importante campagne de vaccination par voie buccale a été entreprise à la suite de la Circulaire du ministère des Affaires sociales, du 8 mars 1967, afin de "combler dans les plus brefs délais le retard acquis par la France dans le domaine de la prophylaxie de la poliomyélite par rapport aux pays voisins". En effet, en 1966, la moitié seulement des assujettis de 0 à 30 ans, étaient vaccinés. Il restait encore 10 millions d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes à vacciner.

La vaccination par vaccin atténué buccal peut cependant avoir moins de succès chez l'enfant, s'il n'est pas administré dans de bonnes conditions, car "pour que le virus vivant agisse, il faut qu'il trouve dans l'intestin des conditions favorables, c'est à dire que celui-ci ne soit pas occupé, au préalable par un autre virus. Il existe en effet entre les différents entéro-virus un phénomène d'interférence. (1) Il faut donc s'assurer avant la vaccination buccale que le sujet n'a pas eu d'épisode digestif récent, et s'informer d'une éventuelle épidémie de diarrhée virale ou d'autre nature dans l'entourage."

Ainsi : "La position de R. LEPINE et J. MAURIN est actuellement la suivante = le vaccin inactivé a certainement pour lui la sécurité et l'efficacité, à condition de la faire comme il se doit, ce qui n'est pas difficile puisqu'on peut l'associer en particulier avec le D.T. = faire trois injections DT, polio, et les injections de rappel I an après puis tous les 5 ans. Pour les adultes, cependant, le vaccin buccal est certainement plus facile et très efficace". Un article très récent du Pr MANDE et de Mme FILLASTRE apporte les résultats de recherche des réactions immunologiques secondaires aux injections de différents vaccins. "La réponse immunitaire aux antigènes poliomyélitiques a révélé la supériorité incontestable, particulièrement dans les premiers mois de la vie, du vaccin buccal, par rapport au vaccin inactivé injectable. Ce dernier donne un taux de protection très faible pour les types I et III alors que le vaccin buccal donne de très bons résultats même pour le type III le moins antigénique". (2)

Un gros effort, doit être encore entrepris pour multiplier les vaccinations, et là, le rôle du médecin traitant est essentiel, tant sur le plan de l'information que pour persuader les familles hésitantes et négligentes.

(1) R. MANDE, Plaidoyer pour la vaccination. Concours Médical 7.12.1968. p. 8337.

(2) Prof. MANDE, C. FILLASTRE, E. ORSSAUD, NAJJAN, Le problème du calendrier de vaccinations LE CONCOURS MEDICAL N° 22 - 31/5/69 - Page 4722 .

2°) PROPHYLAXIE CONTRE LA DIPHTERIE :

Avant la première guerre mondiale, l'indice de morbidité de la diphtérie était voisin de 50 pour 100.000 habitants en France (1). Le 25 juin 1938, la vaccination antidiphtérique est devenue obligatoire. Malgré tout, une grande épidémie eu lieu en 1943, car du fait de la guerre beaucoup d'enfants ne furent pas ou furent mal vaccinés (en 1943, indice de morbidité de 120 pour 100.000 habitants).

En Côte d'Or, en 1947, 192 cas étaient encore enregistrés, mais progressivement la vaccination antidiphtérique fut mieux appliquée, mieux surveillée. En dix ans, la morbidité diphtérique passa de 192 cas à 8 cas (en 1957).

Depuis 1957, nous observons cependant une certaine stagnation, l'éradication totale n'est pas observée. Or, nous savons que cela pourrait être puisque dans les pays scandinaves et les Pays-Bas, la diphtérie a totalement disparu depuis plus de 10 ans². Dans ces pays, la prophylaxie a été particulièrement bien effectuée, ainsi plus de 80% de la population infantile a été vaccinée. Les statistiques de l'OCE montrent aussi que cette maladie a pratiquement disparu en Suisse, en Angleterre, au Canada, aux Etats-Unis...

Cette étude comparée mérite réflexion et prouve qu'une meilleure diffusion de la vaccination permet une véritable diminution de la maladie, ce qui n'est pas encore le cas, dans notre pays où l'on comptait encore 203 cas de diphtérie en 1966. (1).

Il est particulièrement grave de ne pouvoir lutter plus efficacement contre cette maladie, qui est particulièrement grave à cause de ses formes malignes qui sont rarement sensibles à la thérapeutique. Or, c'est la vaccination qui est le seul moyen de parvenir à l'éradication.

Cette vaccination se fait généralement associée au vaccin antitétanique et souvent antipoliomyélitique. Elle est obligatoire avant l'âge de 18 mois (Loi du 7 septembre 1948 et décret du 12 août 1966). 3 injections sont pratiquées à 1 mois d'intervalle et un rappel est effectué 1 an après. Comme cette maladie touche essentiellement la première enfance, il faut vacciner tôt.

Le vaccin est généralement bien toléré.

(1) H. BOISSIERE. Une prophylaxie efficace de la vaccination contre la diphtérie. Concours médical. 25.I.1969.

Les quelques contre-indications absolues sont :

- les affections générales telles que leucose
- les néphropathies
- les affections cardiaques sévères.

Il existe aussi des contre-indications temporaires :

- virage de cuti
- pyodermite
- épidémies
- grossesse.

Chez les sujets allergiques, il faut effectuer une injection d'essai (1/10 de ml dilué dans du sérum physiologique) l'Institut Pasteur vient de mettre au point une anatoxine pure, absorbée sur phosphate de calcium, inoffensive chez les sujets allergiques. (1)

Le Professeur MANDE et ses collaborateurs conseillent d'ailleurs d'utiliser ce vaccin antidiphtérique absorbé, si l'on veut protéger efficacement contre la diphtérie dès les premiers mois de la vie (2) Ce sont les conclusions qu'ils ont tiré de l'étude du titrage des anticorps après diverses modalités de vaccinations.

Nous n'arriverons à faire disparaître cette affection dans notre pays, que si une campagne très intense est poursuivie. Mais il ne suffit pas de vacciner les enfants, il faut veiller à ce que les rappels soient correctement faits car l'immunité provoquée par la vaccination diminue progressivement, ainsi qu'ont pu le montrer MANDE et ses collaborateurs en pratiquant systématiquement la réaction de Shick chez 1516 enfants et adolescents vaccinés. L'immunité est tombée à 50% au bout de 5 à 6 ans. Les auteurs concluent à la nécessité de rappel 5 ans après la primo-vaccination et tous les 5 ans ensuite

Ainsi si la diphtérie a perdu son caractère épidémique, elle reste une maladie sporadique, à laquelle, il faut penser devant toute angine suspecte. Les gestes classiques = prélèvement pharyngé et sérothérapie au moindre doute sont toujours de mise. Une vaccination correcte semble une garantie nécessaire mais non suffisante. Seul un rappel pratiqué tous les 5 ans et qui pourrait être couplé avec l'anatoxine tétanique permettrait l'éradication complète de la maladie. (3)

(1) tiré de l'article de C. de TERRON, vaccination antidiphtérique. Dans "La Médecine Infantile, n°2, Février 1969. p. 123, 125.

(2) Prof. MANDE, C. FILLASTRE, J. ORSSAND, J. AJJAN. Le problème du calendrier des vaccinations. Concours Médical. 31.5.1969. n° 21. p. 4720.

(3) "La diphtérie, existe encore et tié hélas toujours. A propos de 12 cas dont 1 mortel. Notes sur l'article tiré de Lille Médical. Tome II n° 7, août-sept. 66. par M.M. A. FOURRIER, E. BOMPART, J. RINGEL.

3°) PROPHYLAXIE ANTITETANIQUE :

Le tétanos existe toujours en Côte d'Or, comme en France, en général, mais la fréquence de cette maladie, elle aussi diminue. L'étude de l'âge des sujets soignés au centre de réanimation du CWR du Dijon montre que ce sont surtout des personnes âgées qui sont atteintes de tétanos, il s'agit de sujets non vaccinés le plus souvent (ou ayant reçu une vaccination plus de 20 ans auparavant) En 1967, il y a eu cependant 1 enfant âgé de 7 jours atteint de tétanos ombilical en 1968, un nouveau-né de 8 jours et 1 de 9 mois.

Les deux nouveaux-nés sont décédés rapidement, le tétanos ombilical étant particulièrement gravissime, tandis que l'enfant de 9 mois, a pu être sauvé.

Nous ne pourrions que rappeler le grand intérêt de cette vaccination obligatoire, en sachant la gravité de cette maladie au taux de mortalité élevé (20% de mortalité au moins, chez les sujets jeunes, 50% au moins chez les vieillards ou le nouveau-né) et pour ceux qui survivent aux séquelles importantes qui peuvent subsister.

Ce sont les mêmes lois que pour la vaccination antidiphtérique qui rendront cette vaccination obligatoire pour tous les enfants de moins de 18 mois. Il est aussi fortement conseillé par le Docteur MANDE, d'utiliser un vaccin adsorbé pour avoir une meilleure réponse immunologique.

Puisque le vaccin n'est généralement pas fait chez le jeune enfant avant 6 mois, il se pose le problème important de la prophylaxie chez le nouveau-né. Il faut alors assurer la vaccination de la mère. Si cette dernière n'a pas été récemment vaccinée, la vaccination au cinquième mois de la grossesse permet de protéger le nouveau-né jusque vers le sixième mois, grâce aux anticorps maternels transmis par voie placentaire (1)

Parfois, il se pose le problème de la prévention du tétanos chez le jeune enfant, au cours d'accident de la circulation, par exemple. S'il n'est pas vacciné, la conduite à tenir est la même que pour les adultes, c'est à dire la séro-anatoxine prévention (injections en deux points séparés du corps).

(1) C. de FERRON "La vaccination antitétanique," dans-La Médecine Infantile, n° 2 février 1969. p. 126.

Si le sujet a été vacciné, il y a plus de 18 mois et moins de 10 ans, il est nécessaire de lui faire un rappel, le sérum n'est alors pas nécessaire.

Si le sujet a été vacciné, il y a moins de 18 mois, devant une plaie éventuellement tétanique, il n'y a rien à faire le sujet est protégé.

C) MALADIES EPIDEMIOLOGIQUES QUI ONT FAIT FAIRE L'OBJET DE MESURES PREVENTIVES PLUS EFFICACES A CAUSE DE LEURS COMPLICATIONS

Nous parlerons surtout de la coqueluche et de la rougeole, deux maladies considérées par beaucoup de personnes comme de simples maladies infantiles classiques et banales. Or, nous savons grâce aux statistiques de mortalité infantile qu'il n'en est rien.

1°) LA COQUELUCHE :

Si cette maladie est généralement sans gravité chez l'enfant de plus de 1 an, elle est particulièrement grave chez le tout jeune enfant qui n'est pas protégé par les anticorps maternels. Dès les premiers jours, il peut contracter la coqueluche, qui aura chez lui une évolution grave. Cette affection est responsable de nombreux décès. De 1958 à 1963, le nombre de décès d'enfants français par coqueluche varie de 145 à 278 par an, et il y en eut encore 111 en 1966. Deux facteurs sont à la base de cette mortalité notable. Il s'agit d'une part, des complications neurologiques, type encéphalopathie aigue, et d'autre part, des complications respiratoires (1).

La vaccination contre la coqueluche, qui n'est pas encore obligatoire en France, est cependant fortement conseillée, à cause de la gravité de cette affection. Mais il faut qu'elle soit pratiquée précocement pour protéger l'enfant durant la période pendant laquelle la maladie présente des risques sérieux. Il faut donc commencer cette vaccination dès le 3^e mois. Il faudrait cependant pouvoir protéger l'enfant durant les 6^e mois. (La vaccination n'étant vraiment efficace qu'après la 3^eme injection!)

Les moyens proposés sont

- la vaccination correcte des frères et sœurs avec injection de rappel quelques semaines avant la date prévue pour la naissance.

- la vaccination de la mère, au début du 3^eme trimestre de grossesse. (2).

(1) Thèse de J.P. LADREYT - 1969 - LYON. "Aspects actuels des complications respiratoires de la coqueluche du nourrisson". p. I

(2) P. de BERRANGER, R. MAINARD, G. PRELET, Vaccination anticoquelucheuse. La Médecine Infantile, n° 2, Février 1969, p. 173.

Le premier moyen est très efficace, si les familles se plient bien à cette discipline. Le deuxième moyen préconisé par certains auteurs n'est pas entré dans la pratique courante :

"Au point de vue immunologique, la transmission des anticorps maternels, qu'ils proviennent de la vaccination ou d'une coqueluche antérieure, est inconstante et l'immunité passive conférée à l'enfant est éphémère, deux à six mois selon les auteurs".

"En pratique la vaccination correcte et systématique de tous les enfants âgés de plus de 2 mois évite la contagion du petit nourrisson pendant le premier trimestre de la vie. C'est par cette méthode que SAVER a obtenu l'éradication de la coqueluche dans la ville d'Evanston" (1).

a) La Pratique de cette vaccination : est fort simple. Le plus souvent, elle est associée au vaccin D.T. Polio et injectée suivant les mêmes principes dès le 3ème mois. Elle peut être aussi injectée seule sous forme de VAXICOQ. Il est nécessaire de faire 3 injections à un mois d'intervalle et de pratiquer un rappel 1 an après, puis 5 ans plus tard. Actuellement le vaccin adsorbé est pratiquement le seul employé, car il est nettement plus efficace que le vaccin non adsorbé.

b) Les contre-indications : sont peu nombreuses.

En dehors de celles communes à toutes les vaccinations (maladies infectieuses aiguës, affections malignes, agammaglobulinémies...) Il y a les épidémies de poliomyélite, les encéphalopathies. Les antécédents de convulsions. Mais ces 2 dernières contre-indications ne sont pas impératives comme l'indique la circulaire ministérielle du 16 septembre 1966: "La vaccination anticoquelucheuse est généralement contre-indiquée chez les enfants atteints d'encéphalopathies de même que chez ceux qui ont eu des convulsions. Cependant cette vaccination est indispensable même dans les cas décrits ci-dessus, si les enfants doivent être traités dans un service hospitalier ou amenés à vivre dans une collectivité les exposant à la contamination". En effet, la coqueluche est encore plus à craindre que le vaccin pour les sujets!

c) la crainte des accidents ou incidents : dus à cette vaccination est la cause de l'appréhension de bien des médecins vis à vis de ce vaccin.

De nombreux travaux furent consacrés à ce sujet.

(1) P. de BERRANGER, R. MAINARD, G. BRELET, *vaccination anticoquelucheuse. La médecine infantile*. n°2 février 1969, p. 133.

Parmi les incidents, nous pourrions noter :

- l'apparition d'un nodule au point d'injection dans 5 à 10% des cas, mais celui-ci régresse progressivement
- une réaction fébrile vers 38°, est banale durant 24h.
- une toux coqueluchoïde peut survenir dans les heures qui suivent la vaccination mais elle disparaît rapidement.

Parmi les accidents, ont été notés :

- des syndromes encéphalitiques et des convulsions débutant 24h après la première ou les autres injections. L'évolution est mortelle dans 10% des cas. Mais ces accidents qui semblent être allergiques s'observent surtout chez des sujets ayant des antécédents neurologiques, actuellement les accidents de type encéphalitique ont pratiquement disparu. Ceci semble dû à une meilleure purification du vaccin et au refus de vacciner les sujets ayant des antécédents neurologiques. (1).

Ces quelques faits ne doivent cependant pas faire négliger la valeur de la vaccination anticoquelucheuse qui est très efficace. Avec le vaccin absorbé, le sujet vacciné, s'il présente dans les suites, une coqueluche, aura une forme toujours fruste ou atténuée. Mais il n'en va pas de même pour le vaccin non absorbé! Les résultats de cette vaccination dans différents pays étrangers parlent en faveur d'une telle prophylaxie encore peu répandue en France.

"L'expérience de cette vaccination remonte à plus de 25 ans. Elle a commencé, comme presque toutes les vaccinations, aux Etats Unis où elle a réduit des 2/3 ou des 4/5 le nombre des coqueluches. Evidemment ce vaccin n'est pas aussi efficace que le vaccin contre la variole, la diphtérie, le tétanos ou la poliomyélite. Mais réduire aux 4/5 une maladie quelquefois grave et toujours très ennuyeuse, c'est un résultat qui, à mon avis, n'est pas sans intérêt."

"De plus, il faut toujours penser qu'outre le problème de la protection individuelle, il y a l'effet d'immunité de masse. Quand vous vaccinez contre la coqueluche une collectivité, les sujets ne sont protégés qu'à 80%, mais cette masse protège à son tour de la maladie, les membres de la communauté qui risqueraient d'y être sensibles" (2).

(1) P de BERRANGER, R. MAINARD, G. BRELET, vaccination anticoquelucheuse, *La Médecine Infantile*, n°2 février 1969, p. 133.

(2) Professeur MANDE. Plaidoyer pour la Vaccination. *Le concours Médical*. 7.12.1968. p. 8335.

2°) LA ROUGEOLE

Rien que cette maladie soit à déclaration obligatoire, peu de médecins signalent les cas soignés et c'est avec le sourire que nous pouvons lire les statistiques sanitaires départementales = en 1954 = 332 cas déclarés, en 1960 = 32 cas, en 1962 = 93, etc... Cette maladie est considérée aujourd'hui comme bénigne dans notre pays, et à juste titre. Pourtant, il y a à peine 40 ans, le Professeur Debré signale que la rougeole entraînait une mortalité de 19% (37,5% chez les enfants hospitalisés, de moins de 2 ans (1)

"Entre 1961 et 1964, la létalité est de 0,17%, dans l'étude de Bastin, elle est donc cent fois moins forte" (1).

"Nous ne pouvons pas faire le point de l'évolution de cette affection sur le plan départemental, mais il est facile de penser qu'elle suit l'évolution française générale. Comme ailleurs, la fréquence des complications de la rougeole a dû décroître grâce à l'élévation du niveau de vie, aux mesures d'hygiène et de prévention, et aux traitements plus efficaces contre les surinfections. Nous ne pouvons cependant pas oublier qu'il existe encore un certain nombre de complications graves.

Tout d'abord, l'encéphalite dont l'incidence est assez difficile à chiffrer. La BOCETTA signale 1 cas d'encéphalite pour 10.000 enfants (2), alors que BASTIN, en milieu hospitalier en déclare 3 pour 1.000, "le nombre des encéphalites ne semble pas avoir été influencé par la thérapeutique et le pronostic de l'encéphalite est gravé de 11,5% de décès pour la BOCETTA, et de 30% de séquelles (2) pour ce même auteur". La fréquence de ces encéphalites est au moins aussi grande que celle des encéphalites post-vaccinales antivarioliques.

L'autre complication à redouter, et qui est insensible à toute thérapeutique est le syndrome malin. "Il y a encore chaque année au moins 120 morts causées par la rougeole" (3).

Les complications sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est plus fragile, soit à cause de son jeune âge, soit par suite d'affections diverses = insuffisance respiratoire, tuberculose, affection cardiaque.

(1) Thèse de Mme le Docteur VIOLAINE DUFLO GRANJON. Contribution à l'étude de l'IMMUNISATION ACTIVE CONTRE LA ROUGEOLE. Marseille 1967.

(2) Thèse de Mme le Docteur VIOLAINE DUFLO GRANJON.

(3) Pédiatrie . Commission de Protection de l'enfance séance 24 avril 68
A. BOUE et C. FILLASTRE p. 593 à 600.

En 1954, ENDERS et son école isolèrent le virus, de la rougeole, ce qui a permis la préparation de vaccins contre cette maladie. Les premiers essais de vaccination contre la rougeole furent réalisés en France en 1963, 1965 par R. MANDE, M.J. JAMMET, J. CELERS et A. BOUE (1). Son intérêt a été critiqué par ceux qui s'arrêtent à l'observation courante de la bénignité de la rougeole. Mais tout cas d'encéphalite ou de décès dus à cette maladie est de trop puisqu'il peut être maintenant prévenu.

VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE :

a) Il s'agit d'une suspension stabilisée et lyophilisée de virus morbillieux obtenue par culture sur cellules de fibroblastes d'embryon de poulet à partir de la souche Edmonston, hyperatténuée par Schwarz." (2)

b) la technique : d'injection est simple . . . une seule injection sous-cutanée.

c) Indications : Elles sont très larges et surtout entre 9 mois et 2 ans = avant neuf mois, elle risque d'être inefficace à cause de la persistance des anticorps maternels, après 2 ans, son utilité est moins reconnue . . .

Il est recommandé, dans les milieux socio-économiques défavorisés (ce qui rejoint le problème de la gravité de cette maladie dans le Tiers Monde sous ou mal alimenté) et dans les collectivités d'enfants surtout s'il existe une notion de contagie. "La vaccination permet d'éviter la maladie aux enfants en contact avec un rougeoleux, depuis moins de cinq jours" (1) Actuellement de nombreux médecins utilisent cette vaccination dans les collectivités (MANDE à l'hôpital, Mme TROCELLIER au placement d'Antony).

"D'autre part, cette vaccination concernera en priorité les enfants chez lesquels la survenue de la maladie comporterait des risques sérieux " (2) (encéphalopathies, cardiaques, tuberculeux, enfants atteints de troubles neurologiques, asthmatiques, bronchiteux..).

(1) *Pédiatrie, commission de Protection de l'enfance, séance 24 avril 1968.*
A/ BOUE. et C. FILLASTRE. p. 593 à 600.

(2) *Thèse de Mme le Docteur VIOLAINE DUFLO GRANJON.*

(3) *même que (1)*

d) Contre-indications : Elles sont peu nombreuses.

Il s'agit des contre-indications de toutes les vaccinations à virus vivants.

- leucémies
- lymphomes ou affections malignes
- les enfants en traitement immuno-depresseur (radiothérapie, corticothérapie, antimétabolites)
- dans les 6 semaines qui suivent une injection d'anticorps sous formes de γ globulines, transfusions ou plasma.
- durant la grossesse
- chez les allergiques aux oeufs et aux protéines de poulet (ceci dû au mode de préparation du vaccin).
- au cours d'une affection fébrile.

Dans certains cas particuliers, le vaccin est possible mais avec précautions. Il s'agit des allergiques et des sujets sensibilisés à streptomycine et à la néomycine, ainsi que les sujets atteints de lésions cérébrales (la rougeole est particulièrement menaçante pour eux).

e) Résultats :

. cliniques : Ce vaccin est très bien supporté dans la majorité des cas. Il est possible de rencontrer au bout de 5 à 8 jours, une fois sur cinq une petite réaction fébrile avec parfois un peu de toux qui est en vérité, une rougeole à minime (1) Dans 2% des cas, observés par MANDE, il y a une éruption et dans 5% des cas observés par KRUGMAN et SCHWARZ aux U.S.A. il existait une température supérieure à 39°4.

. immunologiques : Dans plus de 95% des cas, on trouve une séro-conversion. Il semble que l'immunité acquise soit identique à celle de la maladie, mais nous manquons encore de recul pour en être sûrs.

f) Incidents et accidents : "La vaccination est très bien supportée avec les vaccins vivants atténués (souche EDMONSTON. B) certaines réactions fébriles essentiellement étaient observées. Mais avec le vaccin SCHWARTZ les réactions sont absentes ou très atténuées. Si elles existent, elles apparaissent du 6e au 12e jour, après la vaccination et consistent en fièvre modérée, atteignant rarement 39°, parfois une légère éruption, quelques troubles digestifs ou une rhinopharyngite de courte durée. Cette maladie vaccinale n'est pas contagieuse. Il n'a pas été signalé d'encéphalite, ni d'anomalies de E.E.G. même s'il était antérieurement perturbé. Il n'y a pas de complications rénales." (2)

(1) P. MANDE. Plaidoyer pour la vaccination. Le Concours Médical. 7.12.1968. p. 8338-8341.

(2) La Vaccination contre la Rougeole. GRISLAIN, BERRANGER, BRELET. La Médecine Infantile. n° 2 février 1969. p. 146.

CONCLUSION :

Ainsi ce vaccin efficace et bien toléré, semble particulièrement intéressant chez les enfants menacés soit par leur âge, par leur fragilité constitutionnelle ou par leur milieu.

Peut être pourrions-nous voir dans l'avenir diminuer le nombre encore trop important d'encéphalites et donc de ses graves séquelles, de syndromes malins, de décès dus à la rougeole.

La pratique de cette vaccination est aussi intéressante dans les collectivités où toute maladie épidémique est une entrave au fonctionnement normal et dont la survenue est redoutée, par exemple, dans les services hospitaliers. Ceci peut permettre de diminuer l'administration de gammaglobulines qui donnent une prévention temporaire, qui est fort coûteuse.

Sur le plan social, la diminution de la fréquence de la rougeole permettrait ainsi de diminuer l'absentéisme scolaire (cette maladie entraîne souvent une asthénie importante entraînant une convalescence prolongée et ceci d'autant plus qu'elle survient à une saison où les enfants sont déjà souvent fatigués). Ceci entraîne un absentéisme de la mère au travail car elle est obligée de garder son enfant, sinon elle n'a souvent que la solution de le faire hospitaliser. Ces deux semaines d'éviction scolaire obligatoires et nécessaires pour la convalescence de l'enfant sont donc un fardeau économique important pour la nation. (1).

3°) Nous ne dirons que quelques mots des nouveaux Moyens prophylactiques qui vont bientôt pouvoir s'offrir à nous :

- la vaccination contre la rubéole
- la vaccination contre les oreillons.

De la première nous parlerons dans le chapitre sur la prévention des affections congénitales.

La vaccination anti-ourlienne nous paraît intéressante pour les garçons, à partir de 10 ans essentiellement mais aussi plus tôt. C'est ce que nous rapporte le Professeur Mande dans l'exposé déjà cité plusieurs fois.

"En 1965, une souche vaccinale a été découverte aux Etats-Unis. Il s'agit d'un vaccin atténué, à fort pouvoir antigénique. Cette vaccination s'est développée très rapidement dans ce pays. Il est très bien supporté et détermine rapidement une bonne montée d'anticorps. Ce vaccin paraît intéressant surtout à cause des risques d'oreilite et de méningite ourlienne, habituellement sans gravité, mais qui exceptionnellement peuvent entraîner des séquelles telles que la surdité".

(1) Commission de protection de l'Enfance.

== B - RESULTATS DE LA LUTTE CONTRE LE "PERIL ALIMENTAIRE" ==

=====

I - Après la seconde guerre mondiale, beaucoup d'enfants souffraient de malnutrition, de carences variées. La paix, l'élévation progressive du niveau de vie, les découvertes diététiques, et la multiplication des "aliments pour bébé", entre autres, ont permis de faire diminuer la pathologie de carence. Mais nous ne cessons de déplorer dans les services hospitaliers, d'avoir à soigner encore des enfants pour MAUVAISE HYGIENE ALIMENTAIRE.

Bien sûr, cette malnutrition isolée, sauf dans de rares cas, n'est pas le motif essentiel de l'hospitalisation. Mais ce déséquilibre alimentaire peut être à l'origine d'une fragilité de l'organisme permettant l'apparition de bien des affections causant l'hospitalisation.

Ce que nous avons surtout à déplorer, ce sont des régimes lactés trop prolongés, un excès de farineux, rendant l'organisme plus susceptible aux hypovitaminoses, des prescriptions très précoces et non adaptées de lait de vache, de la persistance d'allaitement artificiel par lait concentré sucré sans aucune raison médicale, etc...

Nous constatons ... le manque de discipline de bien des mères, qui ne suivent pas les conseils diététiques donnés lors des consultations de nourrissons. Certaines mères préfèrent suivre l'avis de leur mère ou de leurs voisines.... C'est ce dont se plaignent bien des médecins de Côte d'Or, dans le sondage d'opinion effectué auprès d'eux en 1967 (voir annexe I) c'est ainsi que nous voyons aussi des enfants malades à la suite d'une suralimentation.

A côté de cette pathologie strictement diététique, nous sommes amenés à constater que certaines carences existent toujours. Nous pensons essentiellement au RACHITISME, et aux ANEMIES HYPOCHROMES.

II - RACHITISME :

Dans l'enquête citée ci-dessus, nous constatons que certains médecins ne prescrivent pas encore de vitamine D systématiquement, alors que nous savons que c'est le SEUL MOYEN de prévenir le rachitisme qui se développe dans près de 50% de la population infantine.

L'argument apporté est la crainte de l'hypervitaminose D. Cet accident est très rare et peut être suspecté au cours d'examens mensuels répétés. Or, il existe encore des médecins qui craignent plus l'hypervitaminose que le rachitisme!

Si cette maladie était bénigne, cela pourrait se comprendre mais nous savons fort bien qu'elle est grave, en elle-même et que de plus elle entraîne bien des conséquences que nous pouvons rappeler brièvement (les grands rachitismes cependant sont plus rares, ce sont les formes mineures qui sont très fréquentes, avec toutes leurs conséquences sur l'état général). Ces enfants souffrent d'hypotrophie, d'anorexie, de surinfections des voies respiratoires, etc... Ils sont menacés par la tétanie, celle-ci pouvant entraîner des convulsions avec risque de mort subite !

Dans les suites, l'enfant peut présenter des séquelles osseuses nécessitant des traitements orthopédiques.

Le rachitisme peut aussi avoir des conséquences psychologiques et entraîner un retard psychomoteur. Cette affection n'a pas que des conséquences individuelles. A cause des manifestations pathologiques qui en découlent, les hospitalisations d'enfants rachitiques sont fréquentes. Ceci a donc une conséquence économique et sociale. Nous nous permettons d'insister sur ces conséquences, car cette affection pourrait disparaître de notre pathologie, si la prévention du rachitisme était bien effectuée.

L'estimation exacte des besoins de vitamine D est délicate. Ainsi les chiffres proposés par les divers auteurs sont-ils quelquefois divergents :

"Chez le nourrisson bien portant, exposé normalement à la lumière solaire, les besoins sont estimés à 400-800 unités par jour. En pratique, on peut couvrir les besoins avec une dose de 800 à 2.000 UI par jour, qui doivent être fournis en supplément de l'alimentation". (Royer et H. Mathia)

Nous pouvons rappeler les principes de la réalisation pratique de la Prophylaxie du Rachitisme, précisés dans la circulaire ministérielle du 21 février 1963.

LA REALISATION PRATIQUE DE LA PROPHYLAXIE DU RACHITISME (I)

Elle a été précisée dans une circulaire du ministère de la Santé Publique et de la Population (21 février 1963).

"Le mode d'administration de la vitamine D doit être adapté aux conditions variables de la surveillance médicale à laquelle sont soumis les jeunes enfants. Cinq éventualités peuvent être retenues à cet égard :

1° Nourrissons et enfants soumis à une surveillance médicale périodique par un médecin traitant ou dans un centre de P.M.I et dont la mère observe avec discipline les conseils du médecin. On peut dans ce cas, appliquer la méthode qui apparaît comme la meilleure, à savoir, l'administration quotidienne de la dose utile de vitamine D.

(I) *Revue du Praticien, Prophylaxie et traitement du Rachitisme carentiel.*
p. 44 à 48.

De l'âge de 6 semaines à l'âge de 18 mois, on prescrit sans interruption 1.000 unités par jour de Vitamine D au nourrissons bien portant, 1 500 unités si l'enfant est peu exposé au soleil, 2 500 unités si sa peau est très pigmentée.

2° Nourrissons et enfants soumis à une surveillance médicale périodique pour lesquels on doute de l'exécution parfaite par la mère des conseils du médecin. L'administration de doses massives à intervalles de temps éloignés est, en pareil cas, plus certainement efficace.

De l'âge de 6 semaines à l'âge de 18 mois, on prescrit tous les six mois l'absorption d'une dose de 5mg (200.000 unités) de vitamine D. Cette dose est portée à 10 mg (400.000 unités) si l'enfant est peu exposé au soleil ou si sa peau est très pigmentée.

3° Nourrissons et enfants échappant à toute surveillance périodique. Ces enfants appartiennent surtout aux milieux ruraux ou aux populations récemment transplantées dans les régions industrielles. Dans ce dernier cas, ce sont souvent des enfants à peau pigmentée, d'origine méditerranéenne et africaine.

Ils ne peuvent fréquemment pas bénéficier d'une prévention dirigée du rachitisme donc ils sont cependant très menacés.

Pour ce groupe d'enfants, on recommandera l'administration à la sortie de la maternité d'une dose massive de 15 mg (600.000 unités) de vitamine D qui protège pendant 6 mois, peut-être une année. Ultérieurement, on conseillera lors de l'hospitalisation éventuelle d'un enfant de ce groupe, dans le courant des cinq premières années, l'administration pendant le séjour à l'hôpital d'une nouvelle dose de 15 mg (600.000 unités) de vitamine D.

4° Prématurés. Il convient d'administrer aux enfants nés prématurément, dès le huitième jour de la vie, un supplément quotidien de 2.500 unités par jour de vitamine D.

Dans le cas où le prématuré est alimenté exclusivement au lait de femme et si son poids de naissance est inférieur à 1 500g, outre la vitamine D, on prescrira un supplément de calcium.

5° En cas de trouble de l'absorption des graisses (fibrose kystique du pancréas, malabsorption, affection hépato-biliaire) il paraît raisonnable d'administrer la vitamine D, vitamine liposoluble, par voie parentérale.

Il est conseillé de faire figurer sur le carnet de santé de l'enfant les prescriptions de vitamine D (doses et dates) pour éviter l'administration trop rapprochée de doses élevées.

III - ANEMIES HYPOCHROMES :

Nous savons que certains états favorisent la carence en fer = la prématurité, la gémellarité... Il suffit donc au médecin de surveiller l'aspect clinique de l'enfant. Il peut même être aidé par les examens biologiques qui peuvent être faits par microméthode donc sans traumatisme important pour l'enfant.

Les mesures préventives en ce domaine sont simples :

- administration de sels ferreux systématiquement chez les prématurés et les jumeaux à partir de l'âge de 2 mois.
- surveillance du régime locto-farineux, qui ne doit pas être poursuivi trop longtemps.

Nous savons qu'il est souvent fort difficile pour le médecin de faire respecter un régime équilibré aux mères, de plus, il n'est pas toujours facile de leur faire donner des médicaments quotidiennement. Mais il faudrait au moins que tout ce qui peut être fait par le médecin en ce domaine le soit, et nous pensons particulièrement aux prescriptions de vitamines D et de fer que certains médecins négligent encore. D'autres médecins prescrivent bien la vitamine D mais en association avec d'autres vitamines. Ce qui est excellent. Mais il est important de signaler que la dose de vitamine D contenue dans la ration quotidienne prévue est inférieure généralement aux doses de vitamine D nécessaire dans la majorité des cas, surtout quand l'enfant n'est pas exposé au soleil.

C. - RESULTATS DE LA LUTTE CONTRE LES CAUSES DE SOUFFRANCE FOETALE

Nous avons vu dans le chapitre sur la mortalité infantile que la mortalité périnatale (c'est à dire la mortalité plus la mortalité de 0 à 6 jours) reste encore très élevée.

D'importants efforts furent donc entrepris pour prévenir les risques de souffrance foetale responsable de cette mortalité périnatale, ainsi que des séquelles importantes pour les sujets qui survivent.

Parmi les grossesses "à risque foetal élevé" nous trouvons essentiellement:

- La gestation chez les femmes diabétiques
- L'apparition d'une toxémie gravidique
- Les atteintes infectieuses, ou virales dans la grossesse
- Les maladies héréditaires
- La prématurité
- Les femmes jeunes et célibataires
- Et enfin ce qui est trop fréquent, l'insuffisance de capacité de compréhension des mères.

Nous exposerons succinctement les résultats obtenus grâce à la pratique préventive dans chacun des domaines, et surtout les résultats obtenus grâce aux recherches, afin d'améliorer la pratique préventive.

I/ - PREVENTION DU RISQUE FOETAL CHEZ LES MERES DIABETIQUES.

Il est simple de dépister un diabète, et maintenant grâce aux examens médicaux, à l'interrogatoire détaillé de la mère, aux examens d'urine, peu de diabète passent inaperçus. Si le diabète n'est pas déclaré il est possible de le suspecter grâce

- aux antécédents familiaux
- aux poids des enfants précédents supérieurs à 4000 gr. à la naissance.
- à l'existence d'une obésité androïde.

Le diabète ou le prédiabète étant suspectés, des mesures prophylactiques s'imposent pour la mère. Quand le diabète est déclaré, il est nécessaire que celle-ci respecte bien son régime, que le diabète soit bien équilibré. Cependant le risque d'avoir un enfant anormal ou une mort foetale persiste !

Nous n'avons aucune possibilité thérapeutique pour éviter ces anomalies. Il faut cependant que la mère suive bien son régime et que le diabète soit bien équilibré, car les risques foetaux seraient accrus s'il y a un déséquilibre ou diabète maternel, par exemple un coma...

Pour les états de pré-diabète, les accidents sont du même type. Mais ils surprennent, car il est parfois plus difficile de les suspecter ! Une courte d'hyperglycémie provoquée permettrait de faire le diagnostic, quand les signes évocateurs cités plus haut existent ! Il est essentiel de faire un diagnostic de pré-diabète car si cet état n'a aucune conséquence pour la mère, il est très dangereux pour le fœtus qui peut mourir in utero si la césarienne prophylactique n'est pas effectuée aux environs de la 36ème semaine de gestation. Cette mesure est aussi valable pour un diabète connu.

II/ PREVENTION DU RISQUE FOETAL CHEZ LES MERES ATTEINTES DE TOXEMIE GRAVIDIQUE

Les accidents dus à la toxémie gravidique arrivent fort heureusement moins souvent qu'il y a plusieurs dizaines d'années, car les mesures prophylactiques sont actuellement bien modifiées :

Quand la prise de poids est importante,

Quand la tension artérielle s'élève au dessus de 12/8 de manière répétée.

et qu'il existe une albuminurie, la femme enceinte doit être mise au repos, et au régime sans sel.

Mais ces mesures qui peuvent à elles-seules prévenir la toxémie gravidique et toutes ses conséquences ne sont pas toujours respectées par la mère ou pas assez rigoureusement exigées par certains médecins ou sages-femmes. Nous voyons en effet toujours des accidents secondaires à cette affection.

III/ - PREVENTION DU RISQUE FOETAL LIE A UN SYNDROME INFECTIEUX OU VIRAL CHEZ LA MERE.

Devant tout syndrome infectieux chez la mère durant la grossesse les médecins recherchent de plus en plus fréquemment à faire un diagnostic précis, surtout dans le but d'éliminer certaines affections que nous avons particulièrement néfastes pour l'embryon ou le fœtus et dont les conséquences peuvent être prévenues par un traitement adopté.

a) Nous ne ferons que rappeler la septicémie BLISTERIA extrêmement rare mais qu'il faut savoir rechercher quand la mère présente une hyperthermie isolée sans localisation particulière. Une hémoculture peut faire le diagnostic. Il est alors possible de traiter la mère par antibiotiques. Sur les 3 cas observés par le docteur MINKOWSKI, un seul nouveau né a survécu, car la mère avait été traitée dès le 6ème mois de la grossesse. (Date à laquelle le diagnostic avait été porté.)

b) La toxoplasmose est maintenant souvent recherchée quand la mère présente une hyperthermie associée à une poussée ganglionnaire. On sait en effet que un à deux nouveaux-nés sur 1000 sont atteints de toxoplasmose congénitale. Or si le diagnostic est fait à temps une thérapeutique efficace peut être instaurée. Sinon les risques foetaux sont très graves. En dehors des encéphalites et des toxo infections qui sont le plus souvent mortelles, il y a les formes atténuées qui peuvent se manifester par une microphthalmie, une hypotonie, un icterus qui ne fait pas sa preuve!...

Il existe aussi des atteintes séquellaires parmi lesquelles nous pouvons signaler : des retards scolaires, des crises convulsives, des hydrocéphalies etc...

Enfin cette toxoplasmose congénitale peut être évolutive et se manifester sous forme de chorio-rétinites, longtemps après naissance.

Comme la toxoplasmose chez l'adulte passe le plus souvent inaperçue, on ne peut donc compter sur l'apparition de signes cliniques pour prévenir les risques foetaux. Fort heureusement la plupart des sujets sont immunisés précocement. A l'âge de 16 ans il n'y a que 13 à 17% des sujets qui ont une sérologie négative.

Il serait donc nécessaire de dépister au cours de l'examen prénuptial grâce au séradiagnostic de SABIN-FELDMANN, les femmes qui présentent une sérologie négative.

Une surveillance sérieuse serait alors nécessaire pour ces personnes, en cas de grossesse. Lors du premier examen prénatal le nouveau test de SABIN serait à faire pour savoir si la femme n'a pas été contaminée entre temps. Dans le cas où la sérologie est négative il faudrait refaire chaque mois durant toute la grossesse, ou du moins au 3ème, 4ème et 5ème mois le test de SABIN. Ainsi en cas de virage des résultats sérologiques un traitement prophylactique pour le fœtus pourrait être instauré (La spiramycine en cures discontinuées est très efficace).

De manière plus générale, chez ces femmes qui n'ont pas encore eu la toxoplasmose des conseils d'hygiène alimentaire doivent être donnés, en cas de grossesse :

- Interdiction de manger de la viande peu cuite, essentiellement s'il s'agit de viande de mouton.
- Interdiction de manger des fruits mûrissants à ras de terre tels que les fraises...

Il est évident que difficile à concevoir à cause du prix de revient. Ces examens ne sont pas remboursés à l'heure actuelle par la sécurité sociale !

Mais en dehors de tout argument humanitaire, il serait certainement rentable semble-t-il pour la société d'effectuer ce dépistage systématique; nous savons en effet, que la rééducation d'un enfant handicapé représente une lourde charge.

c) La rubéole congénitale

- La prévention de cette maladie pourtant si bénigne, ordinairement est un sujet d'actualité, car nous savons la gravité de la rubéole congénitale. Toute femme enceinte a la hantise d'être contaminée surtout quand elle ne sait pas si elle a déjà contractée la maladie.

Nous avons actuellement un précieux moyen de dépistage : il s'agit du sérodiagnostic de la rubéole. Celui-ci a permis de montrer que 90% des femmes sont immunisées contre cette maladie.

Il serait nécessaire de pouvoir dépister dès l'examen prénuptial les femmes ayant un séro diagnostic négatif afin de pouvoir prendre les mesures prophylactiques nécessaires surtout durant les trois premiers mois de la grossesse.

Or dans le cas de la rubéole congénitale les moyens prophylactiques sont limités. Il n'y a pas de traitement efficace contre cette maladie virale. L'injection de gamma globulines dans les cinq premiers jours qui suivent la contamination permet seulement d'augmenter la capacité de défense de l'organisme.

Il faut donc chercher à immuniser la femme avant qu'elle soit enceinte.

Diverses solutions sont proposées :

- supprimer l'éviction scolaire en cas de rubéole
- mettre en contact les fillettes n'ayant pas encore présenté la rubéole avec des enfants atteints.
- la vaccination de toutes les filles à sérologie négative au moment de la puberté.

Mais malheureusement ce vaccin n'est pas encore commercialisé en France.

IV/ PREVENTION DE LA PREMATURITE.

Nous savons qu'en France environ 10% des nouveaux-nés naissent prématurément. Or la prématurité est un des facteurs les plus importants de la mortalité périnatale et de la morbidité néonatale. Malgré les meilleures conditions offertes à l'accouchement, malgré le progrès des soins prodigués aux enfants nés prématurément, la prématurité reste une des causes les plus importantes des infirmités motrices cérébrales et des amérations mentales".

Il est donc nécessaire de tout entreprendre pour lutter contre ce fléau ; en ce domaine la recherche est essentielle.

Il est en fait difficile de prévenir l'accouchement prématuré car les facteurs favorisants sont rarement évidents. Cependant des causes précises ont été déterminées : gemellarité, hydramnios, insertion vicieuse du placenta, hémorragie de l'isthme, toxémie gravidique, malformations congénitales de l'utérus... Ces différentes étiologies ne sont retrouvées que dans 40% des cas. (quand elles sont recherchées !)

Grâce aux nombreuses recherches faites en ce domaine nous savons qu'il existe un certain nombre de facteurs favorisant la prématurité.

a) influence du milieu social

- Les facteurs sociaux sont en effet très importants quoique souvent insidieux comme l'exposent LACOTTE et LEWINE.

" Ces facteurs ne sont pas autre chose probablement que des altérations fonctionnelles de l'organisme maternel qui atteignent plus facilement certaines catégories de population... Les mauvaises conditions sociales, la misère ou seulement la pauvreté, le travail ou plus souvent le surmenage, la mauvaise alimentation et parfois l'alcoolisme, les taudis où se transmettent les infections qui souvent résument ces déplorable conditions de vie, sont des causes rapides d'échéance. On peut synthétiser d'un mot leur action : elles font vieillir l'organisme trop vite et les femmes de 30 ans ou moins se comportent comme si elles avaient 45 ans ou plus. "

Cet ensemble de faits influence donc le développement du fœtus, et entraîne la naissance d'enfants au poids inférieur à la normale.

"Lorsque le milieu est moins favorable, la mortalité périnatale s'élève et les poids de naissance sont plus faibles à tous les stades de la gestation ; en outre le travail commence plus souvent de façon prématurée. Il semble vraisemblable que la proportion plus élevée d'enfants de 2500g. ou moins (officiellement défini comme prématuré) mis au monde par des femmes provenant de milieux défavorisés, est associée à une croissance déficiente du fœtus à tous les stades de la gestation, plutôt qu'à une naissance prématurée." (I)

b) Influence de l'âge.

Parmi d'autres facteurs favorisant la prématurité a été signalé l'âge de la femme. Avant 20 ans la future mère a plus de risques d'accoucher prématurément. D'après certaines études 19 naissances, sur 100 chez des femmes de moins de 20 ans surviennent avant la 36^{ème} semaine. (I)

c) Influence de la parité

Sur ce point, les opinions sont variées. Mais il semble cependant que la majorité des obstétriciens considèrent, que la prématurité augmente chez les primipares et chez les multipares après 5 ou 6 grossesses.

d) Influence du tabac

D'après certaines études faites aux U S A on peut noter un lien entre la diminution de la durée de la grossesse et le fait que la femme fume plus de 20 cigarettes (environ) par jour.

D'après Ralph BUNCHER, (II), cette relation entre tabac et durée de gestation peut être expliquée par un effet vaso constricteur de la nicotine sur les vaisseaux sanguins placentaux, par une diminution de l'oxygénation...

Enfin nous rappellerons les liens entre accouchement prématuré et mère célibataire. Une étude de LAYER et MORIN montre que, parmi les femmes célibataires 25 à 29,5% ont un enfant prématuré à la première grossesse.

(II)

D'après PARMELEE ceci s'explique ainsi : ces jeunes femmes dont la plus souvent primipares, très jeunes, dans une situation socio économique médiocre, toutes caractéristiques qui sont elles-mêmes des facteurs prédisposant à la prématurité. L'auteur insiste sur le manque de soins prénataux, la mauvaise nutrition, la méconnaissance de complications possibles de la grossesse que l'on trouve fréquemment chez les femmes non mariées.

III/PARMELEE Amer; J. obst. Gynecol 1561 N° 81 p. 81

I/ Me GANITY PREGNANCY in the adolescent - am J. OBST. gynecol 15 mars 1965 p.773 788

II/CH. Ralph BUNCHER Cigarettes Smoking and pregnancy duration 101 103 N° 7 p. 942 946 AM. Jour. of obst. gyneco.

Chez toutes ces femmes accouchant prématurément, un certain nombre de traits communs ont attirés l'attention des accoucheurs : il s'agit d'une fatigue inhabituelle, d'une prise de poids insuffisante pour le terme...

L'hypothèse physiopathologique la plus intéressante actuellement est celle d'une inadaptation hémodynamique de la femme à la grossesse. RAIHA (en Finlande) (1), partant de cette hypothèse a cherché dans le volume cardiaque un moyen de dépister précocement une grossesse susceptible de s'interrompre prématurément.

Les considérations étiologiques sont utiles à connaître pour pouvoir conseiller la mère quand cela est possible.

Mais il ne faut pas oublier de rechercher à chaque fois qu'une mère accouche prématurément deux fois de suite une origine organique biologique ect... à cette prématurité

Cet examen doit être fait par un spécialiste, il est très important pour la mère.

V/ PREVENTION DES INCOMPATIBILITE SANGUINES FOETO MATERNELLES

Au cours des examens prénataux il est demandé à la future mère de se faire faire un groupe sanguin deux fois de suite afin d'éviter toute erreur. Si la mère est de facteur Rhésus négatif une surveillance très stricte est entreprise afin de dépister l'apparition d'agglutinins dans le sang maternel.

Afin d'éviter l'anémie et la mort foetale qui représentent les grands risques de ces incompatibilités, plusieurs méthodes prophylactiques furent proposées. C'est pourquoi LILEY fut conduit en 1964 à établir les règles du diagnostic de l'érythroblastose foetale par l'examen du liquide amniotique et des transfusions intra utérines

Ces méthodes ont permis d'obtenir de bons résultats dans la moitié environ des cas traités.

Actuellement de nouveaux espoirs de prévention sont offerts par l'administration de gamma globulines hyper-immunes anti D.

FREDA et FINN eurent l'idée d'appliquer aux incompatibilités sanguines le principe classique énoncé par SMITH en 1909 ;

"Une immunité passive est capable de bloquer un processus d'immunité active."

L'administration passive d'anticorps Rh à une primipare ayant un rhésus négatif aussitôt après la naissance est capable d'empêcher l'immunisation de cette mère par des cellules Rh positives d'origine foetale.

Le centre de transfusion sanguine de Dijon a entrepris la préparation de ces gamma-globulines hyperimmunes anti D:

8 donneurs de sang bénévoles sont en cours d'immunisation, sans attendre que ces donneurs puissent faire bénéficier de leur sang les primipares à traitées, la maternité de Dijon a commencé ces "vaccinations" depuis le mois de mars 1969. Du 21 mars au 21 mai, 46 primipares furent traitées.

Malheureusement cette vaccination reste encore un luxe puisqu'elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale jusqu'à présent.

Cette voie préventive nouvelle ne doit pas nous faire oublier les principes suivants qui restent toujours valables.

-Il ne faut jamais transfuser une femme avant la ménopause quand cela ne s'impose pas de manière cruciale.

-Il ne faut jamais que la mère reçoive du sang de son conjoint ou d'un membre de la famille de son mari.

Ce n'est pas parcequ'une mère de facteur Rhésus négatif n'a pas fait d'accident jusqu'au cinquième ou sixième enfant, qu'elle ne peut en faire ensuite.

VI/ PREVENTION DES MALADIES HEREDITAIRES DES MALFORMATIONS CONGENITALES

Par définition une maladie héréditaire ne peut être prévenue puisqu'elle est liée au génotype des parents ! Mais certaines maladies peuvent cependant si elles sont dépistées précocement être traitées avec efficacité. La personne atteinte sera alors porteuse de la tare mais ne présente pas de séquelles.

Nous prendrons comme exemple la luxation congénitale de la hanche, et la phénylcétonurie.

a) La luxation congénitale de hanche

Cette malformation congénitale à caractère dominant peut être dépistée dès la naissance, par un simple examen clinique. Le signe du resseaut d'ORTOLANI devrait donc toujours être recherché. En cas de doute les mensurations sur examens radiologiques permettent de diagnostic.

Traitée précocement cette malformation n'entraîne aucune conséquence, or malheureusement chaque année des enfants de plus de 3 mois, 10 mois viennent à faire soigner pour une telle affection. Les moyens thérapeutiques sont des plus traumatisants, et entraînent des hospitalisations prolongées quand la luxation est diagnostiquée trop tard.

b) Le dépistage de la phénylcétonurie

Cette maladie métabolique liée au trouble congénital du métabolisme de l'acide phénylalanine fut découverte par FOLLING en 1934. Elle entraîne essentiellement une débilité mentale progressive si elle n'est pas soignée précocement.

Un enfant sur 8 à 10 000 serait atteint de cette tare. Un dépistage systématique paraît donc essentiel surtout pour l'individu atteint que l'on peut sauver grâce à un régime approprié, et aussi pour la société. (La prise en charge d'un enfant débile coûte fort cher).

Ainsi à l'exemple de nombreux pays étrangers plusieurs départements Français ont entrepris le dépistage systématique de cette affection. Le test au phénistix a d'abord été employé.

Actuellement c'est le test de GUTHERIE qui est utilisé.

Dans notre région des tentatives d'instauration de ce dépistage ont été effectuées. Une réunion en septembre 1968 autour de responsables sanitaires du département, de Pédiatres gynécologues etc... a permis d'accepter et d'encourager cette initiative. Mais les lourdeurs administratives n'ont pas encore permis de mener à bien une telle tâche.

Des centres comme la maternité de Dijon, le centre des prématurés, quelques cliniques effectuent le dépistage grâce au test de GUTHERIE. Mais le dépistage ne se fait pas partout ni systématiquement ce qui serait nécessaire.

=== D - PREVENTION D'AUTRES AFFECTIONS VARIÉES ===

=====

I - LES TROUBLES SENSORIELS :

Avant la réorganisation des services départementaux le dépistage des troubles sensoriels était un des premiers soucis du médecin scolaire. Il s'est avéré que ce dépistage était alors trop tardif quand il était fait après 6 ans. Il ne s'agit pas bien sûr de troubles majeurs qui attirent l'attention des parents très vite et qui les amènent à consulter un médecin précocement. Le dépistage des formes mineures de troubles sensoriels devrait cependant être le plus précoce possible afin d'éviter les conséquences psychologiques, intellectuelles, et sociales que ce trouble sensoriel entraîne, car une rééducation peut être entreprise.

UN EXEMPLE : LA SURDITE

Comme nous n'avons que 4 consultations du 2ème âge dans notre département, c'est au médecin généraliste de dépister ces troubles, car quand on découvre le nombre de demande d'admission d'enfants sourds ou mal-entendants au centre du Clos Chauveau, (qui prend les enfants en classe de rééducation à partir de 6 ans) nous pensons qu'il aurait souvent fallu déceler et rééduquer ces enfants plus tôt.

Nous pouvons alors nous demander si une information suffisante du corps médical est faite à ce sujet. Souvent le médecin qui voit un enfant pour une absence de langage, un retard de langage, des troubles de l'articulation, est tenté, surtout si l'enfant est jeune, de temporiser (1)

Le diagnostic de surdité doit pourtant être affirmé ou infirmé le plus tôt possible, pour entreprendre une démutisation ou une rééducation. Plus l'enfant est jeune, en effet, plus celles-ci seront faciles et profitables. Car il existe une période féconde pour l'apprentissage du langage = c'est bien sûr la période physiologique, celle où l'enfant acquiert l'essentiel de son langage, de 0 à 7 ans. Si celle-ci est dépassée, la démutisation sera toujours imparfaite et incomplète. De plus le retard apporté à l'apprentissage du langage entraînera un retard dans les acquisitions essentielles :

- communication sociale
 - découverte du monde extérieur, des enchainements logiques de la pensée
 - connaissances scolaires.
- d'où retard intellectuel, retard scolaire.

(1) Ch. RIVAILLE, *La Surdité chez l'enfant. Le pédiatre parisien. Tome III*
n° 20, 1967, p. 347.

C'est pourquoi nous ne pouvons qu'approuver la création du centre de Rééducation précoce qui s'est ouvert en Janvier 1969, 21, cours du Parc à Dijon. Ce centre reçoit tout enfant qui présente un trouble du langage, de l'articulation, de l'audition, isolé ou associé à un déficit psychomoteur. Il souhaite accueillir tout enfant le plus précocement possible quand un de ces troubles apparaît = dès 18 mois pour une surdité, par exemple, 3 à 4 ans pour un trouble du langage. Pour un trouble de l'articulation simple l'âge de 5 ans suffit pour envisager une rééducation car souvent les quelques troubles de l'articulation qui existent, disparaissent spontanément avant 5 ans. Des examens sont effectués par une équipe spécialisée (pédiatre, O.R.L., par psychiatre si nécessaire, orthophoniste, rééducateur en psychomotricité, psychologue, assistante sociale...) Les examens permettent une évaluation du déficit, et autant que possible d'en déterminer l'origine. Ainsi une décision de rééducation est prise en fonction de chaque cas et si le centre ne peut prendre en charge la rééducation de l'enfant, il s'efforce de l'orienter la famille vers la personne ou le centre approprié.

- Les limites de la prise en charge par le centre sont :
- l'âge (en principe ce centre accueille les enfants avant la scolarisation)
 - le niveau intellectuel (les débiles profonds ne bénéficieront pas d'une telle rééducation qui pour eux doit être totale)

La caractéristique essentielle de cette rééducation est qu'elle est effectuée en "externe" avec la collaboration étroite de la famille qui doit participer pleinement à l'action thérapeutique.

II - HYGIENE DENTAIRE :

En France, 50% des enfants présentent des caries dentaires à 3 ans. A 4 ans, ce pourcentage passe à 60%, à 5 ans, il atteint 75%, à 6 ans (âge limite de notre étude) 90% des enfants présentent des caries dentaires ! Si ces affections ne sont pas traitées la moyenne des caries présentées par ces enfants de 6 ans est de 6 (1)

Or, en ce domaine, comme en bien d'autres, d'après ce que nous venons d'étudier, il y a encore beaucoup d'ignorance. Ce que certains dentistes déplorent (2).

(1) *Pr BESOMBES. La Carie Dentaire, fléau social et ses agents de prévention. IMEX, Janvier 1969, p. 53, 54.*

(2) *L'étude suivante a été fortement inspirée par des réflexions du Docteur A. MATHIEU (Dijon).*

Un effort de prévention doit être fait car les conséquences des caries dentaires sont très nombreuses si on en croit les publications américaines et allemandes. La dent fait partie de l'organisme et ce qui peut affecter l'un peut avoir un retentissement sur l'autre.

En voici quelques exemples :

- . la déglutition dans l'organisme de liquide purulent peut être à l'origine d'affections O.R.L.
- . une mastication défectueuse peut entraîner des troubles digestifs et parfois peut aller jusqu'à une perte de poids.
- . les caries dentaires peuvent entraîner des troubles réflexes tels que :
 - bronchite dentaire,
 - troubles digestifs
 - troubles de la vue
 - hypersécrétion des muqueuses.
- . il peut y avoir dissémination des germes
 - par contact = impétigo
 - par voie sanguine = ostéomyélite
- . certaines crises convulsives auraient une origine dentaire.

Si un médecin de médecine générale est consulté, il prescrira le plus souvent des antibiotiques qui masqueront les signes et ne guériront rien. C'est pourquoi, il survient :

- des récidives de l'infection, ou une constitution de tissu kystique qui ne rétrocedera qu'après une action locale.
- parfois une candidose buccale secondaire à l'antibiothérapie ne fera qu'aggraver la gêne pour l'alimentation.

Si le dentiste est obligé d'extraire une dent temporaire il y a de gros risques de malformations dento-maxillaires longues et coûteuses à corriger.

Ainsi, en ce domaine, comme en bien d'autres, mieux vaut prévenir que guérir !

Cette protection doit commencer dans le cadre de la P.M.I dès la consultation prénatale. Là des conseils d'usage pour une bonne hygiène buccale peuvent être donnés, et il est nécessaire que le praticien insiste sur la surveillance des caries dentaires si fréquentes en période de gestation. Cela à un double but :

- prévention et traitement des causes,

- prévention en vue de supprimer la contamination par les germes de caries et pulpites (strepto-entéro-staphylo...)
 . du lait maternel (essainage par voie sanguine)
 . de l'enfant par contact buccal (baiser empoisonné !).

Ensuite, cette protection doit s'exercer sur les enfants jusqu'à 6 ans. Au cours des consultations du 1er et 2ème âge, il faut prévenir la pathologie traumatique par des conseils aux parents (exemple = brûlure de la lèvre par contact électrique ; fiche qui traîne par terre).

Une importante éducation des parents reste encore le plus souvent à faire. Affiches, fiches distribuées dans les consultations pourraient apprendre aux parents à faire faire à leurs enfants les soins des dents temporaires dès l'apparition de la moindre carie, en particulier, vers 4,5 ans. Ces dents doivent et peuvent se traiter, mais les parents ne doivent pas alarmer leur enfant par des bavardages inutiles et nocifs sur tout ce qui les attend chez ce Monsieur qui "arrachera" la dent, si l'enfant n'est pas sage et s'il se plaint de douleurs dentaires"! Si la prévention n'est pas faite, la "rage de dent" bien connue fera passer de nombreuses nuits blanches aux parents, ce qui peut aller jusqu'à l'absentéisme de la mère qui travaille. Et sans aller jusque là l'enfant peut être victime de ce que nous avons étudié au début de ce chapitre.

L'examen buccal systématique au cours de ces consultations doit pouvoir permettre de déceler en dehors des caries dentaires un certain nombre d'affections :

- une malformation du fait de la langue
- une malformation débutante secondaire à la succion du pouce. Il faut alors essayer d'arrêter la succion car les malformations qu'elle entraîne sont souvent difficiles à corriger et peuvent entraîner des troubles de la respiration, de la phonation, de la mastication, sans compter le manque d'esthétisme.

Un gros effort d'information doit donc être fait en ce domaine, tant auprès des médecins et même de certains dentistes, que des responsables sanitaires, sociaux, et des parents. Certains pays ont essayé d'entreprendre une prévention collective. La fluorisation des eaux a été faite dans par exemple aux U.S.A. En effet, le Professeur H. KLEIN aux Etats Unis a montré l'intérêt du fluor dans la prophylaxie des caries dentaires. Certains auteurs préconisent l'eau fluorée à la femme enceinte et à l'enfant jusqu'à 14 ans.

Rien de semblable n'a été fait en France. Et devant l'immense campagne publicitaire pour les différents dentifrices, comment le Français peut-il choisir vraiment le dentifrice qui protégera le mieux ses dents ! Cette forme d'intoxication empêche l'efficacité d'une bonne information et rend sceptique bien des personnes ! Alors celles-ci vont demander à leur médecin ou à leur dentiste ce qu'il en pense. Heureux ceux qui peuvent vraiment conseiller en ce domaine qui semble pour certains, si secondaire ! Une information plus "scientifique" en ce domaine serait certainement très utile.

III - HYGIENE MENTALE :

Puisque la Protection Maternelle et Infantile a pour but de protéger autant la santé physique que mentale, afin d'assurer à l'enfant une croissance harmonieuse, il est nécessaire de rappeler ce qui est fait dans ce sens dans notre département.

Maintenant qu'un certain effort d'hygiène générale porte ses fruits, l'ensemble des enfants est moins menacé par les carences nutritionnelles et ses conséquences, par les grands fléaux sociaux, épidémiques. De plus en plus d'autres facteurs pathogènes apparaissent. De nombreux médecins sont sollicités pour des troubles caractériels, psychologiques, aux multiples expressions, surtout dans les zones urbaines (c'est ce que nous signale les médecins de Côte d'Or contactés par notre enquête).

En effet, les enfants sont souvent exposés à "des traumatismes affectifs fréquents plus ou moins graves, à des frustrations diverses plus ou moins compensées, à des conditions matérielles de développement moteur et intellectuel plus ou moins favorables" (I) et ceci semble causé par "les conditions actuelles de vie urbaine, du travail ou des loisirs de leurs parents, de la dissociation du lien tribal entre les générations, etc...(I)".

Ainsi, il nous paraît nécessaire d'entreprendre le même combat déjà mené contre la mort, et les maladies véritables, afin de faire décroître au maximum le nombre de ces autres "espèces de mort que sont l'arriération intellectuelle ou l'inadaptation sociale" (I).

Quelques efforts ont été réalisés dans ce sens, mais cela est bien minime par rapport à l'ampleur des besoins.

(I) Mme Le Docteur DAVIDSON, introduction du n°5 octobre-décembre 1967. de la Revue ENFANCE sur la "psychologie de la première enfance dans les services de Protection Maternelle et Infantile".

Il existe un service d'Hygiène Mentale départemental.

Il a fonctionné dans quatre dispensaires à Dijon, à Beaune, à Chatillon sur seine, et à Semur, ainsi qu'à La Maison d'Arrêt de Dijon et à l'Hôpital psychiatrique de la Chartreuse.

- Dispensaire de DIJON

Consultations bi-hebdomadaires pour enfants et adultes

- Dispensaire de BEAUNE, CHATILLON sur Seine et SEMUR

Consultations mensuelles pour enfants et adultes.

Les médecins assurent aussi la surveillance médicale des instituts médico-psycho-pédagogiques, mais ceux-ci ne reçoivent qu'exceptionnellement des enfants ayant moins de 6 ans.

En fait, ces dispensaires voient surtout des enfants de plus de 6 ans, ceux-ci étant adressés par les services d'hygiène scolaire essentiellement.

Les examens ont montré :

- que de nombreux enfants présentés souffrent d'instabilité psychomotrice et de troubles caractériels difficiles à résoudre.
- qu'il existe une importance croissante des troubles du langage.
- que les places en centre spécialisés sont insuffisantes.

Nous pensons que si un effort de prévention était fait avant l'âge scolaire, il y aurait moins d'enfants à placer dans des institutions, dans la mesure où une thérapie, une psychothérapie, une rééducation précoce seraient entreprises à temps. Il faudrait pour cela que les enfants puissent être adressés sans retard soit à un pédopsychiatre, soit à une consultation de prévention! Mais en ce domaine, nous sommes nettement sous-équipés !

Une expérience parisienne nous paraît intéressante, et elle a porté déjà assez de fruit pour qu'elle soit prise en considération. Les services de Protection Maternelle et Infantile ont depuis plus de 10 ans introduit des psychologues auprès des pédiatres.

C'est en 1946, que le Docteur PORCHER, médecin chef du Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine envisagea de créer à l'Hôpital Henri ROUSSELLE, dans le cadre des recherches de l'Institut de Biologie Sociale et d'Hygiène Mentale, un service chargé d'étudier les causes précoces des retards de développement ou des difficultés caractérielles des enfants.

Les premiers efforts d'observation, d'étalonnage permirent déjà de soulever deux sortes de problèmes =

1) peut-on parer aux différences de développement entre enfants de milieux socio-culturels différents, en informant les mères ou les personnes chargées d'élever l'enfant, des moyens de stimuler la croissance mentale.

2) peut-on rendre plus harmonieuse la relation mère-enfant et supprimer le plus possible les risques de tension en suscitant au contraire des occasions de satisfactions réciproques.

Ainsi, de la recherche des causes, les médecins et les psychologues furent amenés à rechercher des remèdes afin d'aider les mères à procurer à leurs enfants une bonne santé mentale.

En 1952, a donc été tentée une première expérience d'un service de Psychologie parallèle à la consultation de pédiatrie, au dispensaire de la Nouvelle Voie à Courbevoie. Les premiers contacts confirmèrent vite l'utilité d'un tel service. En cas de besoin, le pédiatre et la psychologue orientaient l'enfant vers le neuropsychiatre, les services de la rééducation du langage ou de psychothérapie infantile.

Toujours à titre expérimental quelques services psychologiques furent créés dans les crèches de la P.M.I. Un rapport fut ensuite présenté au ministère de la Santé Publique qui dès décembre 1954 reconnut l'intérêt de tels services.

L'intervention des psychologues dans les crèches permit d'améliorer surtout l'ambiance récréative; par exemple, des jeux très adaptés aux besoins de l'enfant suivant l'âge furent procurés. Parallèlement, une formation pédagogique fut donnée au personnel des crèches, dès octobre 1963. Car il est essentiel que la crèche remplisse son rôle social, et que loin d'être un milieu appauvrissant, elle soit au contraire pour les enfants l'occasion de trouver les meilleures conditions de bon développement et qu'ainsi d'égales chances soient données à tous. Une psychologue à la crèche, en attirant l'attention sur les enfants au quotient de développement (Q.D.) les plus bas, inciterait les personnes responsables des activités éducatives à se pencher spécialement sur eux et veillerait à ce que les enfants les plus vivants ne soient pas l'objet le plus fréquent des marques d'intérêt.

Ces quelques expériences nous paraissent très instructives pour orienter notre activité en ce domaine.

Il nous paraît essentiel que l'action éducative soit poursuivie par les services d'Hygiène mentale en relation avec les services de P.M.I. car la meilleure prophylaxie d'hygiène mentale repose sur l'information et l'éducation des parents.

- 165 -

QUATRIÈME PARTIE

PERSPECTIVES D'AVENIR
=====

DE LA

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
=====

ET

COTE D'OR
=====

Ier C H A P I T R E

..... ETUDE CRITIQUE DE LA PMI EN COTE D'OR

Par l'étude que nous venons de faire, nous avons essayé de démontrer que la situation sanitaire de la population enfantine en Côte d'Or s'est nettement améliorée depuis 1945.

Cette évolution est comme nous l'avons déjà signalé, la résultante de nombreux facteurs (économiques, sociaux, culturels, scientifiques...). Mais il nous a paru bon tout au long des exposés qui ont précédé, de signaler au passage ce qui pourrait être amélioré dans la pratique préventive afin de poursuivre la progression obtenue sur le plan sanitaire. Nous reprendrons donc ici de manière synthétique cette étude critique de la "Protection Maternelle et Infantile" en Côte d'Or. Nous rappellerons ce qui nous paraît positif dans cette action préventive, mais nous insisterons plus sur ce qui devrait être amélioré, ou réalisé dans le département dans un but constructif.

A la lumière d'expériences extérieures au département, nous pouvons aussi proposer des pistes de recherche ou de travail pour l'avenir.

Nous tenons à signaler dès le début de cette étude critique que bien des aspects de ce que nous allons exposer pourraient être valables pour d'autres départements ou même pour la PMI française en général.

Un grand nombre de textes législatifs donnèrent des directives depuis 1945 afin de concrétiser les principes de la P.M.I énoncés dans l'ordonnance du 2 novembre 1945. Ces textes sont très riches d'enseignement, et nous pensons que si tous avaient été appliqués nous aurions pu enregistrer des progrès encore plus remarquables. Ce qui peut expliquer la non-application des directives nationales, c'est que toutes n'entraînaient pas une obligation. Seules les lois, décrets, arrêtés, ordonnances entraînent une obligation. circulaires ne sont que des conseils.

I - ETUDE CRITIQUE DE L'ACTIVITE PREVENTIVE :

Nous aborderons donc une première partie l'étude de la pratique préventive concernant directement la population enfantine.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons la pratique préventive touchant directement l'enfant, c'est à dire, les parents, les éducateurs, les gardiennes, etc...

A - LA PREVENTION DIRECTE DES ENFANTS :

I) Les décisions qui nous paraissent les plus importantes dans la surveillance médico-sociale de l'enfant avant 6 ans, sont celles concernant LA FREQUENCE MINIMUM DES EXAMENS MEDICAUX PREVENTIFS =

Les principes de cette surveillance ayant été fixés par l'article 7, T46 du Code de la Santé Publique et par l'article 9 du décret du 19 juillet 1962, l'arrêté du 22 février 1965, précise la fréquence de ces examens =

- Mensuelle au cours de la première année
- tous les deux mois au cours de la seconde année
- semestrielle pendant les 4 années suivantes

Nous avons vu que seuls les examens préventifs du nourrisson sont vraiment suivis à peu près régulièrement (en partie parcequ'ils sont inscrits dans le carnet de maternité...)

Mais au cours de la deuxième année et à plus forte raison de 2 à 5 ans révolus les enfants ne sont que rarement présentés pour des examens systématiques à visée préventive. Ils sont seulement examinés par le médecin à l'occasion des épisodes pathologiques fréquents à cet âge, mais cela ne peut être considéré pour la prévention et surtout le dépistage dans la majorité des cas. Car entre 1.2 ans et 6 ans, il est essentiel de suivre l'évolution staturo-pondérale, sensorielle, psychomotrice, intellectuelle et caractérielle afin de pouvoir dépister les premiers symptômes d'une anomalie. En la traitant précocement, il est ainsi possible de prévenir une évolution entraînant dans certains cas de gros déséquilibres, handicaps, etc...

Au chevet d'un enfant malade, au cours d'une séance consacrée à une vaccination, dans le rythme souvent très intensif de la pratique médicale, il n'est pas possible de consacrer le temps voulu à cette sorte d'examens. De plus, les médecins omnipraticiens de par leur formation orientée surtout vers la médecine curative sont rarement prêts à cette forme de prophylaxie

Puisqu'il n'existe que 5 consultations du II^e âge, dont 4 consacrées uniquement aux ressortissants de la SNCF, et une au GFR de Dijon (qui ne présente d'ailleurs pas les caractères typique de consultation) une grande lacune est à combler. Nous pensons que dans le système actuel il est nécessaire d'ouvrir des consultations publiques, spécialisées, où les examens seraient gratuits. C'est le seul moyen nous semble-il de faire une médecine préventive efficace pour le 2^eme âge.

Ce phénomène est général puisque le ministre de la santé Publique lui-même écrivait dans la circulaire du 3 mars 1965 :
"Le nombre d'enfants fréquentant les consultations du second âge reste faible par rapport à l'effectif de la population de cette tranche d'âge."

Déjà dans la circulaire du 27 août 1962 il exposait ses souhaits en ce domaine.

"Une proportion vraisemblablement assez importante des enfants de 1 à 6 ans, surtout en milieu rural, échappe à toute surveillance médicale préventive.

"La poursuite d'une surveillance médicale préventive au delà de la première année s'avère pourtant comme devant être d'une grande efficacité."

La création de consultations du deuxième âge ne demanderait pourtant pas d'effort financier important. Il suffirait d'ouvrir les centres de consultations de nourrissons qui ne fonctionnent pas tous les jours, quand ils sont libres, aux consultations du 2^eme âge.

De plus, il faudrait qu'une campagne d'information des parents soit menée, ainsi qu'une sensibilisation du monde médical à ce problème. Combien de familles et de médecins savent que maintenant les examens de surveillance du 2^eme âge sont remboursés à 100% comme ceux du premier âge par la Sécurité Sociale. (carnets, souches sont distribués dans les centres de Sécurité Sociale.)

2) SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE DES ENFANTS :

L'activité des assistantes sociales et des puéricultrices en ce domaine est très importante et nous devons souligner l'efficacité de leur action. Elles rencontrent cependant de nombreuses difficultés qu'elles regrettent :

... lourdeur des secteurs souvent trop étendus ou à densité de population trop forte

... tâches administratives trop absorbantes
... manque de collaboration avec certains médecins, sages-femmes.

... les urgences sociales prennent pratiquement tout leur temps, elles ne peuvent donc se consacrer aux tâches éducatives qui leur semblent prioritaires. En ce domaine, la prévention serait efficace.

... le manque de coordination entre différents services administratifs les obligent à faire de multiples démarches qui pourraient être évitées.

Nous allons reprendre un exemple qui nous semble important. L'article 3 du décret n° 62.840 du 19 juillet 1962, demande que la surveillance à domicile précoce dans le mois qui suit la naissance soit intensifiée ou créée.

"Le premier mois de la vie est en effet, celui pendant lequel l'enfant est le plus fragile... Or c'est pendant cette période particulièrement critique que l'enfant, trop souvent encore, échappe à toute surveillance médico-sociale. La première présentation à la consultation de nourrisson se situe généralement, en effet, lorsque l'enfant a un mois et la première visite à domicile de l'assistante sociale trop souvent n'intervient pas avant cet âge. Si la présentation à la consultation du nourrisson ne doit pas être avancée, étant donné les risques que présente pour le nouveau-né une collectivité d'enfants, il s'avère par contre éminemment souhaitable que l'assistante sociale, ou la puéricultrice puisse se rendre au domicile de l'enfant le plus tôt possible, afin de prévenir d'éventuelles erreurs d'élevage, susceptibles de graves répercussions à cette période de la vie" (1)

Ainsi le décret précédemment cité demande :

"Afin de permettre la surveillance à domicile des enfants, en application de l'article L 134, du code de la Santé publique, les officiers de l'Etat Civil sont tenus d'adresser dans les quarante huit heures de la déclaration de la naissance au Directeur départemental de la Santé de la résidence des parents des extraits de l'acte de naissance de l'enfant dressé conformément au dernier alinéa de l'article 57 du Code Civil".

(1) Circulaire S.P. du 27 août 1962.

Or, les effets d'un tel décret ne se font sentir de manière générale. Par exemple, les puéricultrices de la Caisse d'Allocations Familiales ne reçoivent pas d'avis de naissance ! Pour effectuer la surveillance précoce, elles-mêmes doivent s'adresser aux différents centres d'accouchement (et les renseignements demandés ne sont pas toujours donnés). Le travail devrait donc cesser d'être artisanal, pour devenir, grâce à l'application réelle du décret, systématique.

Si les puéricultrices de Côte d'Or exercent surtout leur activité auprès des enfants nés prématurément, c'est grâce aux responsables du centre de Prématurés qui signalent systématiquement les sorties aux puéricultrices ou assistantes sociales du secteur où habitent les parents.

3) SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE DES MILIEUX LES PLUS DEFAVORISES

Le service de tutelle développe des activités de protection très importantes et nous pouvons ici nous féliciter de son action.

Nous voudrions aussi mettre en évidence un secteur de protection sociale qui n'est guère développé et où les services rendus sont insuffisants si on considère les besoins : il s'agit des travailleurs étrangers et de leurs familles.

Nous savons que toute une pathologie s'épanouit dans ces milieux, en premier lieu, le rachitisme.

Pour ces familles qui ont déjà des difficultés d'adaptation de toutes sortes, le problème sanitaire est souvent une cause de nombreuses difficultés. Sur le plan humain, social, économique des efforts plus importants devraient être entrepris.

La proposition de donner par exemple, systématiquement à tout enfant des camps de MARKIS une ampoule de vitamine D par an serait vraiment à réaliser. Ceci permettrait d'éviter ces multiples hospitalisations voire ces causes de mortalité encore rencontrées, secondaires au Rachitisme.

4) SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE DES ENFANTS FREQUENTANT DES ETABLISSEMENTS DE PLACEMENT :

Dans l'étude de l'équipement du département en crèches, pouponnières, garderies, nous avons signalé l'importance de la surveillance médico-sociale exigée pour de tels centres. Nous regrettons que là encore tous les textes ne soient pas mieux appliqués.

Les admissions se font souvent sans examen médical approfondi, ce qui ne serait pas grave si toute pouponnière avait un LAZARET (nous avons déjà parlé du foyer Sainte Anne).

De plus, nous savons que la plus grave critique contre les crèches, c'est qu'elles ne peuvent garder un enfant malade. Ceci handicape souvent la mère qui mène une activité professionnelle. Mais si un enfant susceptible de contaminer les autres enfants est admis par "gentillesse", à la crèche, ce sera ensuite un nombre important de mères qui devront résoudre ce délicat problème de garde de leur enfant malade. Donc ceci entraînera aussi un nombre plus important de femmes interrompant leur travail, etc...

Nous pensons qu'il faudrait que cette surveillance médico-sociale des centres de placements soit vraiment mieux organisée et faite conformément aux textes que nous avons cités précédemment. En dehors du foyer Sainte Anne, les pouponnières de Côte d'Or ne posent guère de problèmes à ce sujet. Pour le Foyer Sainte Anne, il faudrait qu'un pédiatre prenne de manière continue et quotidienne la responsabilité médicale du foyer.

Pour les crèches et garderies, nous pensons qu'il devrait y avoir un ou plusieurs pédiatres prenant vraiment en charge la surveillance médicale des enfants. En dehors d'une visite d'admission sérieuse, il faudrait qu'il assure la surveillance hebdomadaire des régimes (ce qui n'est pas fait, puisque chaque enfant vient avec le régime prescrit par le médecin de famille qui n'est pas toujours très bien informé en diététique) ainsi que la surveillance du développement de l'enfant, le perfectionnement du personnel

Dans ces conditions, seulement ces établissements qui ont pour nous un grand intérêt, rempliront vraiment leur mission.

Nous pensons aussi que les vœux exprimés par certaines directrices de crèches ou de pouponnières devraient être mieux entendus et réalisés. Nous pouvons citer entre autre l'emploi de jardinières d'enfants spécialisées pour les petits, dans ces établissements.

Nous voulons aussi rappeler l'expérience parisienne de collaboration avec des psychologues. Cette initiative s'est avérée vraiment très intéressante et fructueuse.

5) POUR RAPPEL : Nous voudrions à la fin de cette étude réexprimer ce que nous voudrions voir progresser rapidement :

- le rachitisme carenciel doit disparaître
- les vaccinations doivent être pratiquées chaque fois que cela est possible.

Ceci doit être fait avec une exigence de protection autant individuelle que collective.

Nous voudrions aussi redire tout l'intérêt que nous trouvons au CARNET DE SANTE. Son principe est excellent, sa présentation l'est moins. Puisqu'un nouveau modèle va être imprimé, nous ne pouvons que l'attendre avec intérêt. C'est au médecin que revient la tâche essentielle d'éducation des mères en ce domaine. Si à chaque consultation, il demande le carnet de santé, elle apprendra vite à le tenir à jour et à le présenter.

B - PREVENTION INDIRECTE DE L'ENFANT :

La protection de l'enfant assurée en partie par les activités que nous venons d'étudier, repose aussi sur la protection et la surveillance de toute personne ayant la charge des enfants. Elle repose aussi sur la surveillance médico-sociale des parents comme nous l'avons vu.

Nous aborderons en premier lieu les différents examens prévus pour les parents et spécialement pour la mère.

Puis il nous faudra étudier en quoi consiste réellement la surveillance médicale des gardiennes, et de tout le personnel s'occupant d'enfants en collectivité.

En fait, nous pensons que c'est grâce à une véritable éducation sanitaire des parents et de toutes les personnes considérées ci-dessus, que bien des problèmes de prévention pourront être résolus.

1) CONSULTATIONS PRENUPTIALES

Si l'examen prénuptial est toujours effectué, le but poursuivi n'est que rarement atteint. Il s'agit souvent d'une formalité purement administrative qui néglige l'intérêt médical que si une radio est douteuse ou un examen sérologique positif. Mais la mission d'eugénisme que devraient avoir ces examens n'est que rarement respectée.

Il faudrait pour cela que ces consultations entraînent un examen médical systématique très approfondi et que le médecin puisse au besoin s'assurer de l'aide d'un centre de génétique, ce qui n'existe pas encore en Côte d'Or.

L'omnipraticien a rarement le temps de se consacrer à de tels examens préventifs approfondis. Il serait donc souhaitable que les consultations spécialisées, gratuites, deviennent plus nombreuses. Il faudrait qu'elles soient dirigées par des médecins spécialisés dans une telle pratique.

Les examens complémentaires, tels que l'examen sérologique sont devenus routine. Nous pensons qu'il serait nécessaire de joindre à cet examen le test de SABIN (pour savoir si la femme a eu la toxoplasmose) et le séro-diagnostic de la rubéole.

2) CONSULTATION PRE ET POST NATALES.

a/ Rares sont les femmes qui échappent à la surveillance prénatale. Celle-ci remplit donc le plus souvent sa mission de surveillance de l'évolution de la grossesse, de dépistage, d'éducation sanitaire des mères.

Nous pensons qu'il serait nécessaire très souvent d'étendre l'objectif de ces consultations prénatales. En effet, il s'agit pour bien des femmes du seul moment où elles prennent contact avec un médecin (surtout si elles n'ont pas d'activité professionnelle). Il faut donc profiter de cet examen de surveillance de l'évolution de la grossesse, pour examiner très minutieusement la mère afin de déceler chez elle toute affection latente, même si celle-ci n'influence pas l'évolution normale de la grossesse. Ceci demande au praticien assez de temps ; nous pensons donc que les consultations spécialisées peuvent permettre d'assumer cette tâche. D'autre part il nous semble souhaitable que la future mère puisse être examinée par la personne qui devra l'accoucher ou au moins à l'endroit où elle accouchera, quand cela est possible (ce qui se fait de plus en plus fréquemment). Ceci permet à l'accouchement de s'effectuer dans de meilleures conditions.

La fréquentation des cours d'accouchement psychoprophylactiques organisés dans les maternités et cliniques permet aux futures mamans de connaître déjà les personnes qui s'occuperont d'elles. Sur le plan psychologique c'est très important. Il serait souhaitable que de tels cours soient de plus en plus fréquentés.

b/ SURVEILLANCE POST NATALE

Cet examen n'est que rarement passé dans les mœurs ... bien qu'inscrit dans le carnet de maternité, la mère l'oublie facilement, car l'envoi du certificat médical n'entraîne aucune conséquence financière !

Cela est vraiment à déplorer car cet examen post natal a beaucoup d'intérêt. Il devrait être fait par un gynécologue.

En effet il ne suffit pas de faire un examen général pour savoir si la grossesse n'a pas permis l'explosion d'une maladie, telle que la tuberculose. Il faut absolument qu'un examen systématique soit fait au spéculum afin de savoir s'il n'existe pas d'anomalie gynécologique. Après la troisième grossesse un dépistage systématique du cancer du col utérin devrait pouvoir être fait. Nous savons que dans les pays où cet examen est effectué systématiquement, il permet de déceler à un stade débutant et curable un cancer relativement fréquent qui décelé trop tard est au-dessus de toute ressource thérapeutique vraiment efficace.

Là encore la prévention serait rentable ! Or actuellement la plupart des examens complémentaires de prévention ne sont même pas remboursés !

Quand la mère a eu un accouchement prématuré , et à plus forte raison à deux reprises, un bilan est nécessaire. Or, celui-ci n'est que rarement fait. Cet examen devrait essayer de déceler toute anomalie morphologique, mais surtout de faire un bilan thyroïdien, rénal, hormonal, etc ... Ceci permettrait de pouvoir en partie lutter contre ce fléau.

Enfin, nous rappellerons la disposition prise afin que le père puisse être examiné gratuitement quand le couple attend un enfant. Nous trouvons que ceci aurait un grand intérêt préventif ... mais très peu de pères se soumettent à un tel examen.

c/ SURVEILLANCE MEDICO SOCIALE DES GARDIENNES

Les exigences demandées à toute personne désirant garder un enfant à la journée ou en pension sont logiques pour la sécurité de l'enfant. Mais en ce domaine encore les mesures prises apparaissent aux intéressées, voire même aux parents qui confient leur enfant, comme un acte superflu; le manque d'éducation sanitaire de la population en général se fait ressentir en ce domaine.

Ainsi les assistantes sociales essaient de détecter les nourrices ou gardiennes non déclarées, surtout afin de veiller à la sécurité de l'enfant ... Mais cela est peine perdue très souvent.

Il y a encore beaucoup à faire en ce domaine.

d/ SURVEILLANCE MEDICO SOCIALE DU PERSONNEL EN GENERAL.

C'est au médecin de médecine du travail que revient la charge de la surveillance de ce personnel. Or, bien des personnes négligent ces examens ; de plus certaines ne sont même pas convoquées :

stagiaires, élèves, etc ...

Or, celles-ci peuvent présenter une affection pouvant contaminer l'enfant ... elles ne sont pas tenues à être vaccinées pour être admises à faire leur stage.

Quand la prévention n'est pas générale, systématique, obligatoire pour tous, elle perd beaucoup de sa valeur.

II - ETUDE CRITIQUE DE L'ORGANISATION DE LA P.M.I.

Si l'activité préventive menée par le personnel chargé de la Protection Maternelle et Infantile dans le département présente les lacunes que nous venons de signaler, nous pensons que c'est en grande partie consécutif à l'organisation actuelle de cette institution.

Nous étudierons donc les principaux aspects de cette organisation à savoir :

- l'équipement.
- le personnel.
- les structures

1/ L'EQUIPEMENT

Nous avons pu constater au cours de cette étude que l'équipement social destiné à la P.M.I. est insuffisant (ce qui n'est d'ailleurs pas particulier à ce secteur).

- Les Crèches, les garderies, les écoles maternelles sont en nombre insuffisant surtout en zone rurale et dans les villes autre que DIJON.

- Les Haltes garderies, si importantes pour la famille sont vraiment en nombre dérisoire.

- Les consultations de deuxième âge n'existent pratiquement pas, mais nous avons déjà signalé comment y remédier.

- Il manque des centres destinés à rééduquer très précocement les infirmes moteurs, les diminués physiques, les encéphalopathes ...

a/ Les Crèches

Les cinq crèches de Côte d'Or se trouvent à Dijon ! Ainsi très peu d'enfants du département bénéficient de ce mode de placement.

Au 1er Janvier 1964 la Région Bourgogne bénéficiait de 1,9 place de crèche pour 10 000 habitants, alors que la moyenne nationale, déjà très insuffisante, était de 4,0. La Bourgogne occupait le 17ème rang sur les vingt et une régions Française (1ère : Région parisienne 9,3 pour 10 000 - 21ème : Picardie 1,3 pour 10 000). (1).

En 1964 il existait en France une crèche pour 90 000 habitants ! (taux souhaité 1 pour 10 000. Ce qui est réalisé en Suède).

Aux responsables départementaux ou municipaux qui ne croient pas que ces établissements correspondent vraiment à un besoin, nous pouvons répondre par l'enquête effectuée par la municipalité de DIJON :

"Les mères de famille, dans une forte majorité préfèrent mettre leurs enfants en bas âge dans une crèche plutôt que de le faire garder à "domicile" par une personne compétente. Elles suggèrent cependant que les "horaires soient plus souples, en particulier que l'heure de fermeture soit "retardée jusqu'à 20 heures". (2).

(1) F. GUELAUD LERIDON - Recherches sur la condition féminine dans la Société d'aujourd'hui 1967.

(2) DIJON DEMAIN quels équipements ? Dans la revue municipale "DIJON" Mai-Juin 1969 - n° 3 - p. 17.

D'autre part certains pensent qu'un tel milieu de vie est artificiel, que l'idéal serait que la mère garde son enfant ... sinon ces personnes pensent que le placement chez une gardienne est mieux adapté aux besoins de l'enfant. Nous ne sommes pas de cet avis. Quelle formation ont les "nourrices" en matière de puériculture, de psychologie, de pédagogie infantile ? Elles n'ont souvent que leur expérience personnelle passée, ce qui est important mais non suffisant surtout si ces personnes n'ont pas su tirer les leçons de leur expérience. Si dans certains cas particulier ce mode de placement s'avère excellent, ces cas sont rares.

Enfin, une autre argumentation existe contre la multiplication des crèches. Ces établissements, à cause de leur réglementation souvent assez rigide ne peuvent répondre complètement à leur finalité sociale, puisqu'elles ne peuvent pas vraiment permettre à la mère de mener une activité professionnelle sans risque d'absentéisme. En effet, les crèches, garderies ne reçoivent que les enfants sains.

La réglementation s'explique bien, il s'agit d'une mesure de prévention collective. Mais parfois il serait nécessaire qu'une certaine souplesse soit apportée. En effet, quelles sont les solutions que la mère a pour résoudre le problème posé par un enfant malade :

- l'hôpital (mais hospitaliser un enfant pour une petite affection banale, c'est lui faire courir le risque d'attraper d'autres affections, et de plus cela revient très cher à la Société !).

- l'interruption de son travail. C'est la solution la plus courante. Mais elle n'est pas idéale (la sécurité sociale tolère des absentéismes, sachant bien que c'est difficile d'agir autrement !). Mais il ne s'agit que d'un palliatif, et ce problème devrait vraiment trouver une solution plus rationnelle.

Voici quelques moyens qui permettraient de résoudre en partie ce problème :

- La multiplication des crèches de quartier éviterait les longs transports, donc diminution des risques courus surtout l'hiver.

- Le Professeur LELONG pense qu'il serait nécessaire d'aménager les crèches afin qu'elles puissent s'adapter à ce problème : "dans une famille on ne met pas tout de suite un enfant à l'hôpital parce qu'il a 39° et sera probablement guéri le lendemain. La crèche qui se veut le substitut de la famille, doit pouvoir faire de même. Pour les malades légers, il est nécessaire qu'il y ait, dans la crèche, une ou deux chambres d'isolement permettant de garder tel enfant qui a un trouble bénin, sans lendemain, ou une suspicion de maladie contagieuse, qui peut être ne se confirmera pas".

Cette proposition est intéressante mais elle n'évite pas les transports, qui peuvent être nocifs chez l'enfant fébrile.

Une autre solution, combinée à la précédente, pallierait partiellement à cet inconvénient ; elle consisterait à ouvrir les crèches 24 heures sur 24. Cela permettrait également d'aider plus efficacement les mères qui travaillent en équipe, ou la nuit, ou le soir.

Mais en France la Loi ne permet pas encore la création de telles crèches ! (1)

"Crèches à domicile"

Cette expérience de "placement familial en externat" a été développée dans certains départements afin de compléter les établissements actuels, et afin de permettre la garde des jeunes enfants dans des conditions beaucoup plus souples (2).

Ces initiatives nous paraissent intéressantes ; contrairement aux placements effectués chez les nourrices ou gardiennes les placements en externat sont soumis à une surveillance régulière.

Les systèmes qui se développent à présent consistent

(1) F. GUELAUD-LERIDON - Recherches sur la condition féminine dans la Société d'aujourd'hui - PVF - p. 122 - 123.

(2) Dr F. LAZARD "Le travail de la femme est-il un progrès ? est-il nuisible à l'enfant ? - CERL n° 64 - ODEON diffusion 1968.

à confier à deux puéricultrices les placements d'une soixantaine d'enfants environ. Les puéricultrices assurent la surveillance périodique des enfants placés par leurs soins auprès des gardiennes habitant dans le voisinage ; elles disposent d'un petit centre où elles effectuent des permanences et où sont organisées des visites médicales régulières.

Cette formule présente une grande souplesse par rapport à l'hébergement en crèches : pas de dépenses d'investissement, allègement considérable des dépenses de fonctionnement, placement des enfants au voisinage du domicile de la mère.

Mais il est nécessaire que les personnes qui se sont chargées de un ou deux enfants soient guidées dans leur tâche de puériculture, mais aussi et surtout d'EDUCATION.

b/ Etablissements pour enfants handicapés.

Nous observons actuellement un accroissement inquiétant du nombre d'enfants handicapés. Parmi eux autrefois beaucoup n'auraient pas survécu. C'est ce qui peut expliquer cet accroissement. Mais le nombre d'établissements destinés à ces enfants ne se développe pas au même rythme.

Leur rôle serait déjà de permettre à bien des foyers de retrouver un équilibre familial, social, perturbé par la présence d'un tel enfant souvent mal accepté, ou surprotégé. L'étude de Maud MAMMONI sur "l'enfant arriéré et sa mère" nous montre avec une lucidité remarquable tous les problèmes qu'entraîne la présence d'un enfant handicapé pour les relations familiales.

Ces établissements sont aussi et surtout essentiels pour l'enfant. Prenons l'exemple des infirmes moteurs cérébraux : TARDIEU évalue actuellement à 50 000 le nombre d'infirmes moteurs cérébraux en France, parmi eux il y a environ 18 000 enfants. Sur ce nombre d'enfants, 10 500 sont rééducables. Ces derniers, s'ils étaient correctement suivis et traités seraient susceptibles de subvenir seuls à leurs besoins.

Cette rééducation doit être précoce dès que le diagnostic est porté. Dans ces conditions il est possible d'améliorer considérablement les conditions de vie de ces infirmes moteurs cérébraux.

c/ Ceci nous permet d'aborder une autre carence, celle des centres de dépistage, de GUIDANCE INFANTILE.

2/ LE PERSONNEL

Pour pratiquer une action préventive en profondeur il est nécessaire d'avoir du temps. Or, comment le médecin, l'assistante sociale, la puéricultrice, la sage femme, etc ... peuvent ils prendre le temps nécessaire d'observer, d'interroger et de parler avec les familles quand il y a une salle d'attente débordante ou quand il y a de nombreuses urgences à traiter ...

Le seul moyen serait de multiplier le personnel concourant à la P.M.I. Pour pouvoir recruter ce personnel il faudrait créer de nouveaux postes, surtout de puéricultrices. Il serait nécessaire aussi de mieux les rémunérer. Enfin, il serait très intéressant que le personnel féminin puisse être employé à mi-temps quand il le désire. Ceci n'est en fait que trop rarement accepté.

Pour le personnel médical nous avons vu que tous les omnipraticiens sont sollicités par les parents pour des examens à caractère préventif ; seulement quelques uns pratiquent ces examens en centres spécialisés ou sous forme de vacations. Celles-ci sont rémunérées de façon assez dérisoire ce qui ne favorise pas la revalorisation de la médecine préventive. Il faudrait aussi que le recrutement des médecins vacataires P.M.I. se fasse toujours par concours sur titre.

Il faudrait donc qu'un effort financier soit fait pour tout le personnel travaillant pour la P.M.I.

Il serait souhaitable qu'une formation continue soit donnée à chaque secteur professionnel, afin d'éviter la routine et afin de pouvoir suivre les résultats des recherches, de pouvoir confronter expériences, difficultés, échecs, etc ... Cette formation et cette réflexion nous paraissent essentielles pour faire progresser la pratique préventive, les résultats pourraient être répercutés par exemple sur les médecins omnipraticiens qui font aussi de la médecine préventive sans avoir toujours le temps de prendre le recul nécessaire par rapport à leur activité.

3/ LES STRUCTURES

L'organisation de la P.M.I. en Côte d'Or a été modifiée depuis 1964, à la suite des directives ministérielles; cette réorganisation est progressive, et les structures nouvelles ne sont donc encore que partiellement mises en place.

Par rapport à la situation actuelle, nous pouvons regretter certaines lacunes :

- le manque de coordination entre les différents secteurs "enfance et maternité". Ces conséquences se font parfois sentir au niveau du fonctionnement de la P.M.I. ; mais c'est au niveau du travail de réflexion et de conception que les effets principaux apparaissent : il devrait y avoir dans ce domaine un véritable travail d'équipe entre les divers responsables de la P.M.I. (analyse d'expériences, projets élaborés en commun, etc ...).

- le manque de médecin P.M.I. plein temps qui puisse penser l'organisation de la P.M.I. en Côte d'Or, dans sa partie médicale, et, de ce fait, jouer un rôle important d'animation dans l'équipe de réflexion.

Si ces lacunes étaient comblées, en collaboration avec les responsables administratifs et sociaux, le médecin pourrait promouvoir une véritable pédiatrie sociale dans le département.

Il faut donc d'abord que tout ce qu'il est possible de réaliser dans le cadre actuel de la P.M.I. le soit pleinement, et que la qualité de la prévention soit recherchée.

Il faut ensuite que les difficultés financières actuelles de l'activité et de l'organisation de la P.M.I. en Côte d'Or (comme en France en général) soient résolues.

Les efforts financiers pèsent en grande partie sur les collectivités locales, municipales, départementales ou sur les oeuvres privées.

En effet l'Etat participe faiblement au fonctionnement.

"Le Ministre de la Santé, qui exerce sur les organismes gestionnaires un contrôle défini par des textes réglementaires, participe à raison de 50 % aux dépenses d'équipement, et 7 % seulement aux dépenses de fonctionnement" (1)

Pour des établissements tels que crèches, garderies, etc ... le coût du fonctionnement est élevé. La participation des familles est variable suivant les villes, dans certaines communes elle est nulle. A Dijon, les crèches municipales demandent la participation suivante :

- 4,50 F par jour jusqu'à un an.
- 9 F par jour de 1 an à 3 ans.

Dans certains cas difficiles la participation financière de la famille peut être diminuée (d'après les résultats d'une enquête sociale) certains Organismes tels que les Chèques Postaux, la Municipalité, etc ... donnent à leur personnel une prime de garde pour les enfants placés:.....

Il apparaît souhaitable que les fonds publics consacrés à l'équipement et au fonctionnement de la P.M.I. soient considérablement augmentés. Hélas, pour l'année 1969, les crédits accordés par le Budget de l'Etat à la création de nouvelles crèches sont encore très insuffisants, malgré une augmentation récemment annoncée (2). Cet effort s'il paraît considérable à court terme serait en fait très rentable pour la société et pour l'individu à long terme.

(1) F. GUELAUD-LERIDON : Recherches sur la condition féminine.

(2) Cf. Le Monde 13 Juin 1969 - p. 13 correspondance "Les crédits affectés aux crèches"

2ème C H A P I T R E

POUR UNE DIMENSION NOUVELLE DE LA P.M.I.

Perfectionner ce qui est fait actuellement dans le cadre existant de la P.M.I. est un premier but à atteindre. Mais il faut aller plus loin nous semble-t-il. Il est nécessaire de revaloriser la médecine préventive en général.

A - ETENDRE LES COMPETENCES DE LA P.M.I. :

Cette extension doit porter d'une part sur les secteurs d'activité, d'autre part sur les modes d'activité de la Protection maternelle et infantile.

I - SECTEURS D'ACTIVITE

En premier lieu il faut que la prévention médico sociale prenne vraiment en charge l'hygiène mentale du premier et du deuxième âge.

" Les affections mentales sont, parmi les maladies sociales, celles dont la morbidité subit l'évolution la plus inquiétante, dans les pays à évolution technique et culturelle rapide ". (I)

Or, nous savons que les premières années de la vie sont capitales pour l'avenir affectif, psychique, social de l'individu. " L'enfant est le père de l'homme ".

Prendre en charge l'hygiène mentale avant 6 ans ne consisterait pas uniquement à faire des tests de niveau afin de classer les enfants en débiles, inadaptés, peu doués, surdoués, ... etc...

Cette activité devrait être surtout préventive, éducative, dynamique. Nous pensons qu'il est alors nécessaire d'ouvrir des Centres de GUIDANCE INFANTILE. Certaines expériences ont été tentées dans la région parisienne. Dans de nombreux autres pays cette formule s'est considérablement développée.

Ces Centres sont destinés essentiellement à améliorer l'adaptation des enfants à leur entourage immédiat, en se préoccupant spécialement de leurs relations affectives et sociales, afin de leur permettre de tirer pleinement parti de leurs attitudes individuelles.

Chaque enfant y est examiné du point de vue médical, Psychologique, social, ce qui nécessite un personnel qualifié dans chaque domaine.

Mais si dans de tels Centres l'enfant est examiné, suivi, voire même soigné, ces soins sont aussi adressés à la famille. Car c'est le plus souvent toute la famille qui a besoin d'une thérapeutique, individuelle, collective, tenant compte de l'interaction complexe des individus et du milieu.

Nous rappellerons aussi la nécessité d'étendre la prévention :

- au dépistage des affections dentaires

- au dépistage des troubles sensoriels, afin de permettre une rééducation

- au dépistage individuel ou collectif des maladies héréditaires, ^{précoce.}
métaboliques ... etc ...

II - MODES D'ACTIVITES

a/- UN ELARGISSEMENT DE LA PREVENTION SERAIT UTILE

- Afin d'assurer toute sa tâche préventive individuelle il serait peut être nécessaire d'effectuer des examens à deux niveaux.

- Les résultats des réflexions menées dans la Région Parisienne sur l'initiative de l'équipe médicale du secteur P.M.I. de la Caisse Primaire Centrale d'assurance maladie de la Région Parisienne nous paraissent fort intéressants.

- Ils furent exposés au VIIe Congrès National des médecins de Centres de Santé qui s'est tenu à PARIS du 5 au 8 Octobre 1967. (Le Rapport de ce Congrès se trouve en ANNEXE IV)

- Il est proposé de pratiquer la prévention et le dépistage de deux manières complémentaires. D'une part garder les examens périodiques mensuels ... etc... afin de suivre l'évolution staturale pondérale de l'enfant, de donner les conseils diététiques, d'hygiène voulus à l'âge considéré, et de prévenir les carences essentielles. Toute anomalie détectée par l'examen clinique systématique permettant d'entreprendre une étude étiologique plus approfondie.

D'autre part, l'idée nouvelle exposée à ce Congrès est de compléter ces examens par des BILANS DE SANTE effectués au moment le plus propice, c'est-à-dire :

9 mois

18 mois - 2 ans

4 ans.

Ces Bilans très approfondis sur les plans clinique, biologique, radiologique, permettraient de déceler certaines maladies héréditaires, anomalies métaboliques, etc... que même un dépistage clinique minutieux ne permettrait pas de déceler.

Ces Bilans seraient effectués par des équipes polyvalentes constituées de spécialistes (pédiatre, psychiatre, biologiste...) ayant une grande qualification et une volonté de " recherche ".

Le dossier médico social qui serait ainsi constitué pour chaque enfant devrait pouvoir être utilisable statistiquement.

Nous trouvons cette idée fort intéressante. Les Bilans complèteraient avantageusement l'action préventive devenue maintenant classique. Ces activités pourraient être menées dans les Centres de GUIDANCE INFANTILE.

b/ UNE CERTAINE CONTINUITE PREVENTION-SOINS EST SOUHAITABLE

Mais ceci ne devrait cependant pas laisser dans l'ombre un des problèmes essentiels posés par la pratique préventive organisée dans les Centres

de P.M.I.. Il s'agit de la limitation strictement préventive de l'acte médical. Un médecin assurant une consultation de P.M.I. doit se contenter de donner des conseils hygiéno diététiques, de prescrire vitamines, fer et calcium, si cela est nécessaire. Car les consultations sont gratuites ! (du moins en principe, car les mères qui viennent consulter à la maternité de DIJON par exemple, doivent avancer le prix de la consultation. Elles sont remboursées bien sûr intégralement ultérieurement, comme pour toute visite prévue par la loi, et inscrite dans le carnet de maternité !).

Dans certains cas, cette dissociation médecine préventive, médecine curative paraît aberrante !

Que de temps perdu parfois entre le moment où le médecin de la consultation dépiste une diarrhée, une bronchite, un érythème fessier, et le moment où l'acte curatif intervient. Il faut que la mère appelle un autre médecin à son domicile, parfois moins qualifié que le médecin P.M.I., et thérapeutique infantile, sinon elle doit attendre la consultation hebdomadaire de l'hôpital de DIJON par exemple qui accepte tout consultant sans rendez-vous.

Le temps perdu l'est souvent quand le milieu social est le moins favorable. Et c'est dans ces cas qu'une petite affection peut prendre une importance démesurée et entraîner l'hospitalisation.

Pour l'individu, comme pour la société, il y a, là encore un principe à revoir.

Dans ce même esprit strictement préventif, le médecin P.M.I. ne peut pas prescrire, en principe, un examen de laboratoire, quoique ceci se fasse quelquefois ! Mais très souvent ces examens ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale ! En fait, depuis plus de 25 ans, les Services de P.M.I. de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région de PARIS ont mené dans leur circonscription une action originale pour permettre aux médecins des consultations de P.M.I. d'assurer une prévention de qualité. Il fut mis à leur disposition la possibilité d'avoir recours à des examens complémentaires spéciaux qu'ils soient biologiques (1) radiologiques, encéphalographiques, etc... afin de pouvoir mener à bien leur démarche diagnostique.

Depuis 1965 l'effort consenti a été considérablement augmenté puisqu'il est possible maintenant, à tous les médecins des Centres de P.M.I. publics et privés agréés de cette Région, d'y avoir recours. Cette mesure est valable pour la future mère comme pour les enfants de 0 à 6 ans. Ces examens sont gratuits.

Les conditions exigées sont les suivantes :

- il doit s'agir d'un examen de prévention jugé nécessaire pour assurer un diagnostic (hormis les examens légaux, et cet examen complémentaire doit faire l'objet d'une demande d'entente préalable à son exécution (sauf urgence)).

Le médecin est tenu, en contrepartie de ces nouveaux moyens d'investigation mis à sa disposition, qui transforment totalement ses conditions de travail, d'adresser à la Caisse dès que possible, les résultats des examens de laboratoire et de radiographie, ainsi que les conclusions des spécialistes. Les résultats ainsi obtenus permettent, entre autres choses, d'obtenir des statistiques médicales sur le dépistage pratique.

Si les services de la Caisse Centrale d'Assurance Maladie de la Région Parisienne ont fait un tel effort financier, c'est qu'en fait, cela était rentable, tout en étant particulièrement précieux pour la sauvegarde de la santé de l'enfant et de la mère. Devant ce Bilan, il semble souhaitable à ce double titre d'étendre ces nouveaux moyens de dépistage à toute la France.

c/ L'EDUCATION SANITAIRE ET POPULAIRE EST A DEVELOPPER

Tout au long de notre étude revient comme un refrain, la nécessité d'une éducation sanitaire des parents surtout. Les médecins, les services sociaux, les lois se heurtent très souvent à l'ignorance, aux préjugés...

Cette éducation sanitaire doit être précoce et commencer dès l'âge scolaire. Il ne s'agit pas uniquement d'un enseignement, il s'agit d'une EDUCATION qui demande une grande valeur pédagogique.

Formation et information doivent être continues. Elles peuvent être suscitées par les événements ou organisées par les responsables sanitaires.

Le médecin de famille a en ce domaine un rôle capital... quand il a le temps d'être DOCTEUR (ce terme vient du latin DOCERE, qui signifie "ENSEIGNER"...). Les responsables sanitaires doivent, eux surtout, prendre en charge l'information collective et faire preuve de beaucoup d'imagination pour toucher le public. Différents moyens sont déjà expérimentés cà et là :

- télévision,
- radio,
- tracts,
- affiches...

Là aussi il y a toute une pédagogie à étudier.

Cette éducation sanitaire doit en fait s'intégrer dans un programme Educatif plus large, d'EDUCATION POPULAIRE si l'on veut être efficace, et si l'on veut permettre un développement plus total de l'Etre humain.

d/ DES DONNEES SCIENTIFIQUES UTILISABLES SONT NECESSAIRES POUR LE
DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE.

Nous avons abordé ci-dessus et à plusieurs reprises la nécessité de pouvoir interpréter statistiquement les résultats de la pratique médicale ou para médicale (notre thèse, trop souvent, n'a pu s'appuyer sur des statistiques scientifiquement valables : manque d'équipements, de personnel qualifié, de coordination, d'où des données qui ne sont pas homogènes et donc pas comparables, voire même contradictoires, etc ...).

Des efforts partiels sont entrepris, mais encore trop isolés.

La prévention pourra faire d'énormes progrès grâce aux statistiques, bien sûr, mais surtout grâce à leur étude et à leur interprétation = c'est le rôle de la recherche. C'est pourquoi, les responsables parisiens de la P.M.I. travaillent en étroite collaboration avec l'I.N.S.E.R.M..

B - TENIR LE PLUS GRAND COMPTE DU MILIEU

L'enfant ne peut être isolé de son milieu de vie, nous l'avons vu à maintes reprises dans cette étude ; vacciner ou non un enfant, négliger d'éloigner un enfant des autres quand il est contagieux, admettre de soigner un tuberculeux contagieux à domicile, etc ..., c'est pour le médecin, ne prendre que ses responsabilités que par rapport à l'individu qu'il traite. Nous croyons que cet individualisme est à la base du retard observé en France dans le domaine sanitaire, par rapport à d'autres pays européens par exemple.

En matière de médecine préventive, la responsabilité du médecin est déjà collective avant d'être individuelle.

Pour pouvoir prévenir bien des affections, le médecin se trouve souvent limité dans ses possibilités. Car ni les bons conseils, ni la présence éducative des puéricultrices et assistantes sociales ne suffisent.

L'enfant se trouve souvent victime d'un milieu que les initiatives individuelles ne peuvent changer - logement trop petit ou trop sonore,

- chauffage mal réglé, mal adapté (par le sol par exemple),

- manque d'espaces pour que les enfants puissent jouer,

- salaire trop bas, ne permettant pas toujours d'apporter l'alimentation voulue,

- classes surchargées, programmes non adaptés aux capacités de travail de l'enfant, etc ...

Le seul moyen d'agir pour le médecin (faisant de la médecine sociale) est alors de collaborer avec les responsables des secteurs voulus :

- urbanistes, architectes
- sociologues, psychologues
- juristes, économistes
- éducateurs, etc

CAR LA VOCATION MEDICALE FONDAMENTALE NE SE REDUIT PAS A EVITER OU A SOIGNER LES MALADIES ; ELLE EST D'AIDER L'HOMME A VIVRE DANS SA PLENITUDE.

CONCLUSIONS

L'étude de l'évolution de la Protection Maternelle et Infantile en Côte d'Or nous a permis de montrer l'importante amélioration de la situation sanitaire de la population enfant dans le département.

- Les activités de prévention prévues par l'ordonnance du 2 novembre 1945 ont grandement contribué à cette évolution.

Nous pensons que certains progrès pourraient être obtenus, surtout en ce qui concerne la morbidité, par une application plus complète des différents textes intervenus depuis 1945 (meilleure surveillance médico-sociale du deuxième âge - multiplication des centres de placement pour enfants sains, création d'un poste de médecins départemental de P. M. I. ...etc...)

Pour obtenir de meilleurs résultats dans le cadre existant, il serait nécessaire :

- d'une part que la Protection maternelle et Infantile soit dotée de moyens financiers beaucoup plus importants pour faire face à ses nombreux besoins (équipement, personnel, activités...etc...)

- d'autre part que soit développée la collaboration entre les différents responsables locaux (administratifs, sociaux, médicaux) pour élaborer et mener à bien une politique de prévention départementale. Ces conclusions concernent notre département mais sont en fait, à quelques nuances près, le reflet des conclusions que nous pouvons tirer de l'évolution de la Protection Maternelle et Infantile sur le plan national.

Nous pensons surtout que la Protection Maternelle et Infantile se trouve à un nouveau tournant. Contrairement à ce que certains responsables sanitaires proposent, nous croyons que la Protection Maternelle et Infantile ne doit pas se limiter à son statut actuel. Il faut étendre ses secteurs d'activité, mais surtout les modalités de travail. Notamment le vieil antagonisme "médecine préventive, médecine curative" doit disparaître...

En faisant appel à la collaboration de spécialistes des différentes Sciences Sociales d'une part, de l'ensemble des parents d'autre part, cette forme de Pédiatrie Sociale doit permettre de mieux adapter le milieu de vie aux exigences d'un développement harmonieux de l'enfant, tant physique et social.

Le Président de la Thèse et le Doyen :

M. le Professeur F. CABANNE.

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 6 juin 1969

-- 193 --

A N N E X E S
=====

ANNEXE n° I

ENQUETE SUR L'ACTIVITE DES MEDECINS
EN MATIERE DE PROTECTION MATERELLE ET INFANTILE
EN COTE D'OR

Parue dans la Revue de Médecine de Dijon.
Supplément n°2, 1er avril 1967.

Adressée personnellement à tous les médecins
de Côte d'Or inscrits à l'Ordre, avec enve-
loppe timbrée pour la réponse en Février 1967.

*Cette enquête est indispensable à Madame FRITZ pour mener
à bien sa thèse de Doctorat en Médecine. Je remercie à l'avance tous les mé-
decins qui voudront bien se donner la peine d'y répondre avec diligence.*

Docteur ALISON.

I - VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

1° vous êtes : MEDECIN - OMNIPRATICIEN
- PEDIATRE
- AUTRE SPECIALITE ? laquelle :

2° vous pratiquez : une médecine libérale
une médecine salariée - à temps partiel
- à temps complet
+ dans ce cas, est-ce dans un secteur de PMI ?
OUI - NON

3° Vous travaillez : seul - en équipe - en association ?

4° Votre implantation :
+ grande ville de plus de 100.000 habitants
quel type de clientèle avez-vous surtout ?
.....
+ ville de plus de 20.000 habitants
+ petite ville
+ campagne. département :

5° Sur votre secteur y a-t-il un centre de PMI organisé :
+ si oui, par qui ? Municipalité - Caisse d'Allocation familiale - autre
initiative : laquelle ?

II - QUELLES ACTIVITES DE P.M.I ETES-VOUS AGENE A PRATIQUER ?

et classer celles que vous faites par ordre d'importance.

- examens médicaux prénuptiaux : OUI - NON
- examens médicaux prénataux : OUI - NON
- examens médicaux post-nataux : OUI - NON
- examens systématiques de nourrissons : OUI - NON
- examens systématiques du 2ème âge : OUI - NON
- visite médicale de gardienne d'enfants : OUI - NON
- visites d'admissions en crèches : OUI - NON
- autres examens P.M.I - lesquels ?

III - EXAMENS MEDICAUX DE PROTECTION MATERIELLE : si vous en pratiquez.

Quels types d'affections ces visites systématiques permettent-elles de PREVENIR
.....
DE DEPISTER ?
.....

Pensez-vous que tous ces examens ont un intérêt ? Sinon, quelles modifications
aimeriez-vous apporter à cette médecine préventive ?
.....

Pensez-vous que cette médecine préventive maternelle soit suffisante ? Que sou-
haiteriez-vous voir fait ? Dans quel but ?
.....

IV - EXAMENS SYSTEMATIQUES DE PROTECTION INFANTILE :

I° Les enfants du 1er et du 2ème âge doivent être soumis à des examens médicaux
PREVENTIFS qui doivent avoir lieu :

- tous les mois jusqu'à 1 an.
- tous les 2 mois au cours de la 2ème année
- tous les 6 mois pendant les 4 années suivantes.

+ êtes-vous appelé à faire des visites :

- pour les NOURRISSONS :
souvent
quelquefois
rarement.

- pour le 2e âge :
souvent
quelquefois
rarement.

+ les mères viennent-elles consulter régulièrement ?

- la plupart
- la moitié environ
- rares.

2° Quand les mères consultent pour ces visites systématiques régulières, pour-quoi vous semblent-elles le faire ?

- pour bénéficier de la prime ? OUI - NON - En partie ?
- par compréhension de l'intérêt des visites préventives ?
- par souci excessif ?
- parce qu'elles sont conseillées par quelqu'un de la faire ? qui par exemple ?

.....

3° Vous arrive-t-il d'être appelé auprès de nourrissons malades qui n'ont jamais été vu en visite systématique ?

- OUI - NON
- la plupart du temps - dans la moitié des cas - rarement.

4° Vous arrive-t-il d'être appelé pour un enfant du 2ème âge malade qui n'aurait pas été vu depuis plus d'un an par un médecin ?

- la plupart du temps - la moitié des cas - rarement.

5° Vous arrive-t-il de soigner des affections qui auraient pu être prévenues si les mères vous avaient présenté leurs enfants régulièrement ?

Si oui, quelles affections par exemple ?

.....

6° Quand vous êtes amené à faire des EXAMENS MEDICAUX SYSTEMATIQUES que vous est-il surtout demandé ?

- vaccination
- surveillance de régime, conseils diététiques
- changement de régime
- conseils pour une mauvaise tolérance alimentaire
- mensuration, pesée
- conseils éducatifs ? Lesquels surtout ?
- conseils psychologiques ? par exemple ?

Combien de temps durent ces examens systématiques en moyenne ?

7° Les enfants ont-ils généralement un carnet de santé ? OUI -- NON

Est-ce que les mères le tiennent régulièrement ?

Vous le donnent-elles pour que vous remplissiez la partie qui est réservée au médecin ?

.....

Pensez-vous que ce carnet soit utile ?

8° Quelles affections ces visites vous ont permis de DEPISTER ?
(donner leur nombre, si possible)

- retard staturo-pondéral
- troubles de croissance
- rachitisme
- malformations articulaires
 - luxation congénitale de la hanche
- pied bots
- malformation digestive
- affection digestive, par exemple :
- affection cardiaque, par exemple :
- affection respiratoire, par exemple :
- malformation génitale
- affection rénale
- troubles endocriniens
- ictères prolongés
- angiomes cutanés
- otites trainantes, autres affections, O.R.L
- hernies
- TROUBLES CARACTERIELS
- ENCEPHALOPATHIE
- troubles psychologiques
- autres affections, exemples :

.....

9° Quelles affections essayez-vous de PREVENIR ?

Donnez-vous des vitamines systématiquement aux nourrissons ?

- si OUI, lesquelles ?

.....

- si NON, dans quels cas, le faites-vous ?

.....

10° Pensez-vous que les visites systématiques d'ENFANTS DU 2^e AGE devraient être plus suivies ?

.....

Quel intérêt, leur trouvez-vous ?

II° Que pensez-vous des visites systématiques de NOURRISSONS ?

V - PROBLEME DE LA FORMATION DES MÈRES :

I° Vous arrive-t-il de vous heurter à l'incompétence des mères en matière de puériculture ?

2° Vous arrive-t-il de vous heurter à l'incompréhension des mères sur certains points ?

VACCINS ; quels vaccins faites-vous en principe ?

A.V. - D.T.COQU. - Polio - B.C.G.

Est-ce que les mères acceptent de les faire facilement ?

DIETETIQUE : dans quels cas ?

Dans le cas de manque de formation de la mère, que pouvez-vous faire

- pouvez-vous l'adresser à un centre social ?

- travaillez-vous avec l'Assistante Sociale ?

- y a-t-il une puéricultrice sur votre zone d'implantation ?

Pensez-vous qu'il serait souhaitable qu'il y ait plus de puéricultrices ?

- quel serait à votre avis leur intérêt ?

- en sentez-vous le besoin dans votre zone d'implantation ?

- avez-vous des craintes quant à leur activité ?

- pensez-vous que certaines activités de prévention devraient être prises en charge par les puéricultrices ?

Si OUI, lesquelles ?

VI - QUE PENSEZ-VOUS DE LA P.M.I AU SENS LARGE DU TERME ?

Quels sont les besoins que vous avez ressentis, en ce domaine ?

Par exemple : crèches :

pouponnières

haltes garderies

maternelles

gardiennage d'enfants

maisons maternelles

cours de puéricultures, etc....

Pensez-vous que les consultations de nourrissons organisées aient un intérêt, à l'heure actuelle ?

Pourquoi ?

Quels sont vos vœux, ou suggestions en matière de P.M.I ?

.....

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS
EN MATIÈRE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
EN CÔTE D'OR

Voici les résultats de cette enquête. Nous ne publions ici que les réponses aux questions qui nous paraissent essentielles et interprétables.

NOMBRE DE RÉPONSES RECUES :

Médecins de Côte d'Or	81
Médecins d'autres départements	19
	<u>100</u>

Parmi ces 100 réponses :

87 ont répondu au questionnaire
13 ont répondu sous forme de lettre.

PROVENANCE DES RÉPONSES :

- OMNIPRATICIENS : ... de Côte d'Or	:	47	= 69
extérieurs	:	13	
- SPECIALISTES : ... de Côte d'Or	:	22	= 18
extérieurs	:	5	

- parmi eux, entre autres = 15 pédiatres
1 gynécologue.

IMPLANTATION :

	Omnipraticiens	Pédiatres(ou compétanc
- DIJON et agglomération	20	10
- ville de plus de 20.000 habitants	1	1
- petite ville et campagne	26	

REPONSES DES MEDECINS DE COTE D'OR

I - QUELLES ACTIVITES DE PMI ETES-VOUS APTES A PRATIQUER ?

	<u>Omnipraticiens</u>		<u>Pédiatres</u>		??
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	
- examens médicaux prénuptiaux	46	0	0	II	I
- examens médicaux prénataux	46	0	0	II	I
- examens médicaux post-nataux	45	I	0	II	I
- examens systématiques de nourrissons	36	9	II	0	I
- examens systématiques du 2e âge	20	20	9	2	7
- visite médicale de gardienne d'enfants	40	6	0	II	I
- visite d'admission en crèche	5	40	0	II	I

II - EXAMENS SYSTEMATIQUES DE PROTECTION INFANTILE :

= Etes-vous appelés à faire des examens systématiques de nourrissons ?

		<u>Omnipraticiens</u>	<u>Pédiatres</u>
OUI	Souvent	36	II
	quelquefois	9	
	rarement	2	
NON		0	

= Pratiquez-vous des examens systématiques d'enfants du 2ème âge ?

		<u>Omnipraticiens</u>	<u>Pédiatres</u>
OUI	souvent	6	4 } IO
	quelquefois	17	
	rarement	21	
NON		3	I

= Vous arrive-t-il de soigner des affections qui auraient pu être prévenues si les mères avaient présenté leurs enfants régulièrement aux visites systématiques ?
(nombre des médecins qui signalent ces affections)

	<u>Omnipraticiens</u>	<u>Pédiatres</u>
- rachitisme	33	7
- anémies	4	2
- erreurs diététiques	10	4
- retard staturo-pondéral	6	3
- affections dermatologiques	5	1
- mauvais statique	2	1
- phimosis	2	1
- ectopies testiculaires	2	
- tuberculose	1	
- maladies cardiaques	1	1
- affections pulmonnaires, ORL	2	2
- diplopie	2	
- troubles caractériels	2	2
- obésité	1	

= Au cours de ces examens systématiques que vous est-il surtout demandé ?

Nombre de médecins omnipraticiens
qui ont signalés ces activités.

- vaccin	43
- surveillance de régime	42
- mensuration	40
- pesée	20
- conseils pour difficultés dig.	18
- conseils éducatifs	6

= A la question : quelles affections ces visites vous ont permis de dépister, les troubles qui sont signalés avec le plus de fréquence sont :

- retard staturo pondéral
- rachitisme
- affections O.R.L.
- hernies.
- troubles caractériels.

= Donnez-vous des vitamines systématiquement aux nourrissons. Si oui, lesquelles ?
Si non, dans quels cas ?

	<u>Omnipraticiens</u>	<u>Pédiatres</u>
Systématiquement :		
- Vit D systématique (associée ou non à des complexes polyvitaminés)	26	10
- complexes polyvitaminés seuls	11	1
- jus de fruit seuls	2	
- systématiquement Vit D après 3 m.	1	
après 5 m.	1	
En cas de nécessité seulement :		
- Vit D, si rachitisme	6	

= Vous arrive-t-il de vous heurter à l'incompétence des mères en matière de puériculture ?

35 omnipraticiens répondent positivement (sur 47).

= Quels vaccins faites vous en principe ?

	<u>Omnipraticiens</u>	<u>Pédiatres</u>
Tous les vaccins sauf :		
Antivariolique	6	
D.T.	1	
Coq		1
Polio	2	
B.C.G.	25	

= Pensez-vous qu'il serait souhaitable qu'il y ait puéricultrices :

	<u>Omnipraticiens</u>	<u>Pédiatres</u>
OUI	23	9
NON	21	2

Pour ceux qui répondent négativement à cette dernière question ils expriment les craintes suivantes quant à l'activité des puéricultrices :

- leur formation ne peut pas leur permettre de tout connaître, ceci peut entraîner un excès de prudence ou au contraire un excès d'audace qui peut les rendre imprudentes.

- la famille ayant parfois des avis contraires entre ceux du médecin et de la puéricultrice peut se trouver en difficulté.

- travail trop isolé, manque de liaison avec médecin de quartier.

- l'intervention de la puéricultrice peut retarder l'intervention du médecin en cas de pathologie à symptomatologie faussement digestive pure.

Pour ceux qui répondent positivement voici, quel est d'après eux l'intérêt des puéricultrices :

- éducation individuelle des mères (hygiène diététique psycho)

- prise en charge de "détails matériels" fastidieux pour le médecin.

- formation pratique à domicile

- contact avec des familles que le médecin ne toucherait pas.

- très utiles si elles connaissent leurs limites.

Pour ces médecins, les puéricultrices pourraient prendre en charge certaines activités de prévention :

- surveillance staturo-pondérale

- conseils diététiques

- cuti-réaction

- à condition qu'elles collaborent avec un médecin.

ANNEXE n° II

PERMANENCES DES ASSISTANTES SOCIALES DE LA D.D.A.S.S.

AU 12 MARS 1968

.....
: SECTEURS URBAINS EN POLYVALENCE TOTALE :
.....

CIRCONSCRIPTION A

<u>Secteurs</u>	<u>A.S.</u>	<u>Permanences</u>
		I, rue Nicolas Berthot Tél. 32.76.00
- <u>La Maladière</u> (limité à la rue Lafayette)	Mme MILOT	Vendredi matin
- <u>Jouvence</u> (limité à la rue du Havre)	Mme BUZONIE	Jeudi après-midi
- <u>Montchapet</u> (C.A.F. jusqu'en octobre puis par D.D.A.S.S.)		
- <u>Faubourg Nord Ouest</u> (limité par la rue Sambin La rue J. Cellerier, Avenue Victor Hugo).	Mme DURET	Mercredi après-midi
- <u>Faubourg Nord Est</u> (limité par rue Sambin, ligne S.N.C.F.)	Melle MOROT	Mercredi matin
- <u>Centre Nord Est</u> (limité par rue de la Pré- fecture, Boulevard Thiers)	Mme DELATTRE	Vendredi après-midi
- <u>Centre Nord Ouest</u> (jusqu'en Octobre limité rue Liberté, rue Préfecture)	Melle THEVENOT	Vendredi matin
- <u>Canton de DIJON OUEST</u>	Mme MILOT	
- <u>FONTAINE LES DIJON</u>	Mme DURET	

CIRCONSCRIPTION C

- I/2 Centre Sud Est jusqu'en octobre	Mme DELATTRE	Vendredi après-midi
- Secteur H	Melle DE BRECHARD	Jeudi matin
- Les Pejoces	Melle GAUTHE	Mardi après-midi
- Les Poussots	Melle LAGNEAU	Lundi après-midi
- LONGVIC	Melle NICOLLE	Lundi matin
- OUGES	Melle de BRECHARD	Jeudi Matin
- PERRIGNY	Melle de BRECHARD	Jeudi matin
- NEUILLY	Melle LAGNEAU	Lundi après-midi
- I/2 DIJON EST (route DIJON-MIREBEAU, DIJON-GENLIS)	Melle GAUTHEY	Mardi après-midi
- QUETIGNY	Melle GAUTHEY	Mardi après-midi
- GEVREY	Melle DARNOIS	Mairie de COUCHEY le 1er mercredi - Tel 30-10-88 à COUCHEY Mairie de GEVREY le 1er mercredi.

.....
: SECTEURS RURAUX D.D.A.S.S. EN POLYVALENCE TOTALE :
.....

CIRCONSCRIPTION CHATILLON

<u>Secteurs</u>	<u>A.S.</u>	<u>Permanences</u>
- CHATILLON VILLE	Mme HOUZE	Dispensaire Mercredi matin
- SAINTE COLOMBE	Melle CURIE	Dispensaire lundi matin
- CANTON DE CHATILLON Nord	Mme MIGNARD	Dispensaire Vendredi matin
- CANTON DE CHATILLON SUD	Melle LEFEBVRE	Dispensaire Lundi après-midi de 15h à 17h.
- RBCEY sur OURCE	Melle LEFEBVRE	
- MONTIGNY sur AUBE	Mme MIGNARD	Mairie 2ème lundi de 14h à 16h;
- LAIGNES	Melle CURIE	Mairie 2ème mercredi de 14h 30 à 16h 30 Dispensaire samedi matin à tour de rôle.

CIRCONSCRIPTION SEMUR-EN-AUXOIS

- SEMUR	Melle JACQUOT	Dispensaire tous les mercredi matin
- MONTBARD	Melle EVRARD	Dispensaire mardi et vendredi matin
- SAULIEU	Mme PRETOT	Mairie tous les samedis matin
- VENAREY		

CIRCONSCRIPTION BEAUNE

- | | | |
|--------------------|---|---|
| - BEAUNE | Melle CORNU
Mme GOBBO
Mme MANTION
Melle FAUVERGE | Sécurité Sociale :
mardi de 14h à 16h
mercredi de 9h à 12h
vendredi de 9h à 11h 30
Dispensaire mardi matin

A tour de rôle les samedis
matin au dispensaire.

3ème mardi de 14h à 15h 30 |
| - MUITS-ST-GEORGES | Melle FAUVERGE | |
| - NOLAY | Assuré par l'A.S. de
Beaune. Jusqu'en Octo. à la mairie. | 4ème jeudi de 14h à 16h |
| - SEURRE | Mme BOUTIN | Base de SEURRE les 1er et
3ème mercredis de 14h à
16h. |

CIRCONSCRIPTION AUXONNE

- | | | |
|--------------|--------------|--|
| - GENLIS | Mme COUR | Mairie 1er et 3ème mercredis
matin de 9h à 12h. |
| - PONTAILLER | Melle BAILLY | Mairie tous les mardis
après-midi. |
| - AUXONNE | Melle BAILLY | Mairie 1er mercredi de
10h à 12h. |

SERVICE SOCIAL DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA COTE D'OR
27, Place Bossuet - DIJON - Téléphone 32.73.17.

SECTEUR I - (Centre ville - Saint Bénigne)

Madame KERRIEN

Permanences : à la Caisse d'Allocations Familiales
Lundi matin de 10h à 12h
Jeudi matin de 10h à 12h.

Consultation de nourrissons : rue Franklin
Vendredi après-midi à 14h.

SECTEUR 8-A (quartier Debussy-Greuze)

Madame BLONDEAU

Permanences : au centre Social du Parc - 13, rue Maurice Ravel
le mercredi de 14h à 18h.

Consultation de nourrissons : dispensaire rue Claude Debussy
Lundi de 14h à 17h (Docteur SPIRE-WEILL)

SECTEUR 8-B (quartier Saint-Joseph - Castel)

Mademoiselle DAVID

Permanences : à la caisse d'Allocations Familiales
Jeudi de 14h à 18h

au centre social du PARC - 13, rue Maurice RAVEL
le vendredi matin

Consultation de nourrissons : rue Franklin
le mardi matin

SECTEUR 9 (Quartier Arsenal)

Madame RABASEDA

Permanences : à la Caisse d'Allocations Familiales
Lundi de 14h à 18h

SECTEUR 10 (quartier centre social des BOURROCHES)

Mademoiselle DEVAUX

Permanences : au centre Social des BOURROCHES, 12 rue du Volnay
mercredi de 9h30 à 11h 30

Consultation de nourrissons : au centre social des BOURROCHES
Vendredi de 14h à 15h 30 (Docteur CHAUVE)

SECTEUR I3 (quartier du LAC)

Mademoiselle KOEHRER

Permanences : Caisse d'Allocations Familiales
mercredi de 14h à 18h.

SECTEUR I4 (quartier avenue Victor Hugo)

Madame LAFON

Permanences : à la Caisse d'Allocations Familiales
mardi de 14h à 18h
vendredi de 10h à 12h.

SECTEUR I5 (Montchapet)

Assuré provisoirement par Madame LAFON jusqu'en octobre repris à cette date par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Permanences : école Maternelle Victor Hugo
jeudi de 10h 30 à 11h 30

SECTEUR I6-A (Grésilles Extension)

Madame SINDRES

Permanences : au Centre Social des GRESILLES - Rue Jean XXIII
mardi de 14h à 18h
vendredi de 10h à 12h.

Consultations de nourrissons : au Centre Social des Grésilles
mercredi de 9h à 10h 30 (Docteur DESLANDRES)

SECTEUR I8-B (Quartier des Lochères)

Mademoiselle LASAUNIERE

Limites :

boulevard des Martyrs de la Résistance - Cotés pairs
boulevard Champollion - Secteur I8-A

Permanences : centre social des GRESILLES rue Jean XXIII
lundi de 14h à 18h 15
Jeudi de 10h à 12h.

Consultation de Nourrissons : au Centre social des Grésilles
vendredi de 15h à 17h (Docteur GRANDPERRIER)

SECTEUR 18-C (zone industrielle des Grésilles - DIJON EST)

Madame BOLLARD

Limites :

zone industrielle des Grésilles
SAINT APOLLINAIRE en entier
canton de DIJON EST à l'est de la R.N. 70 et 460.

Permanences : à la Caisse d'Allocations Familiales
mercredi matin de 10h à 12h.

SECTEUR 5 (Quartier Montmuzard) nouveau secteur.

Madame ERNST -(assuré en remplacement)

Permanences : à la caisse d'Allocations Familiales.
mardi de 10h à 12h.

SECTEUR 21-A (Z.U.P de CHENOVE)

Mademoiselle FROMAGEOT-

Permanences : au Centre Social de CHENOVE : 1, rue des Narcisses
lundi de 9h 30 à 11h 30 sauf le 2ème lundi du mois
mercredi matin de 9h 30 à 11h 30.

Consultation de nourrissons : au Centre Social de CHENOVE
Vendredi de 14h à 17h (Docteur BABLON)

SECTEUR 21-B (partie Z.U.P et Vieux CHENOVE)

Madame JOLY

Permanences : ancienne poste de CHENOVE - Place Laprévotte
Jeudi de 10h à 12h.

Consultation de nourrissons : à la Cité Sainte Thérèse à CHENOVE
mercredi de 13h 30 à 15h (Docteur NORMAND)

SECTEUR 12 (Canton de DIJON-NORD sauf FONTAINE-LES-DIJON)

Mademoiselle LAMBERT

Limites : DIJON-NORD sauf FONTAINE-LES-DIJON (polyvalence totale)

Permanences : à la Caisse d'Allocation Familiales
Vendredi après-midi de 14h à 18h

SECTEUR 19 (canton D'IS-sur-TILLE)

Mademoiselle VALLEE

Limites : canton d'IS-sur-TILLE (polyvalence totale)

Permanences : Mairie d'IS-sur-TILLE
2ème et 4ème mercredis de 14h à 15h 30.

SECTEUR 20 : (canton de SELONGEY)

Mademoiselle TROCHON

Limites :

polyvalence totale sauf pour les communes situées
à l'Est de la route nationale 74 pour lesquelles
La Mutualité Sociale Agricole continue provisoi-
rement d'assurer la polyvalence de catégorie.

Ces communes sont : CHAZEUIL
SACQUENAY
VERONNES-les-GRANDES
VERONNES-les-PETITES

Permanences : à la Mairie de SELONGEY
2ème et 4ème mardis de 13h à 14h 30.

SECTEURS ASSURES PROVISOIREMENT EN POLYVALENCE REGIME GENERAL SEULEMENT JUSQU'AU
1er MAI 1968 par Madame JALLON

- Canton de SOMBERNON

permanence à la Mairie de SOMBERNON le 2ème mercredi du mois
de 9h à 10h 30

- Canton de POUILLY en AUXOIS

permanence à la Mairie de POUILLY le 1er mercredi de 9h à 11h

- Canton de VITTEAUX

permanence à la Mairie de VITTEAUX le 1er jeudi de 10h à 12h.

SECTEUR ASSURE JUSQU'AU 1er OCTOBRE 1968 par Madame LAFON

- SECTEUR 15.

CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE - 7 RUE PARMENTIER - DIJON

PERMANENCE DES ASSISTANTES SOCIALES JUSQU'EN OCTOBRE 1968

CANTON D'AIGNY-le-DUC

Mademoiselle DROUHET - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.

Polyvalence totale.

AIGNY-le-DUC : 2ème mardi du mois de 10h 30 à 12h à la Mairie - Tél. 36.

CANTON D'ARNAY-le-DUC :

Mademoiselle DAUGE-MAGNIEN par ARNAY-le-DUC - Tél. 12 à MAGNIEN

Polyvalence totale

ARNAY-le-DUC : chaque jeudi et jours de foire de 9h à 12h - Rue Tesser -
tel. 193 à ARNAY

CANTON D'AUXONNE :

Madame DEMONGEOT - Mairie d'AUXONNE - Tél. 36.31.13.

Polyvalence de catégorie agricole

AUXONNE : vendredi de 9h à 12h à la mairie

LES MAILLYS : 2ème jeudi du mois de 14h 30 à 16h 30 à la Mairie.

CANTON DE RAIGNEUX-les-JUIFS :

Mademoiselle FRETTEL - BLIGNY le SEC par SAINT-SEINE-L'ABBAYE - Tél. 35.24.49.

Polyvalence totale

SAINT-SEINE-L'ABBAYE : 3ème vendredi du mois de 10h 30 à 12h au secrétariat
de la mairie.

CANTON DE BEAUNE-NORD rural :

Mademoiselle RAVIER - 7, rue des Marconnets - BEAUNE

Polyvalence totale

BEAUNE : mardi de 9h à 11h 30 à la C.P.S.S. Bd Saint Jacques - Tél. 13.40; F. 99.

CANTON DE BLIGNY sur OUCHE :

Madame SALVY - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.

Polyvalence totale

BLIGNY sur OUCHE : 3ème mercredi du mois de 10h à 12h à la Mairie.

CANTON DE DIJON :

Mademoiselle PARIZOT - A.S. chef de Service : reçoit sur rendez-vous.
 Mademoiselle AUBRY - A.S. spécialisée : mardi et jeudi de 14h à 18h
 Mademoiselle DROUHET - A.S. spécialisée : lundi de 14h à 18h :
 vendredi de 8h à 11h 30
 Mademoiselle LEMOINE - A.S. spécialisée : lundi de 8h à 11h 30
 vendredi de 14h à 18h
 Mademoiselle PUGIN : mardi de 14h à 18h
 Madame SALVY : mardi de 8h à 11h 30
 Mademoiselle SEGUIN : Mercredi de 8h à 11h 30 et de
 14h à 18h
 Mademoiselle THOMAS : jeudi de 8h à 11h 30

CANTON DE FONTAINE-FRANÇAISE :

Mademoiselle SEGUIN - 7, rue Parmentier - DIJON - Tel. 32.77.I8.
Polyvalence totale
FONTAINE-FRANÇAISE : 2ème mardi du mois de 14h 30 à 16h 30 à la Mairie.

CANTON DE GRANCEY-1^e-CHATEAU :

Mademoiselle DROUHET - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.
Polyvalence totale.

CANTON DE LIERNAIS :

Mademoiselle PHILBEE - 7, rue de la Halle - SAULIEU - Tél. 128 à SAULIEU
Polyvalence totale.

CANTON DE MIREBEAU-sur-BEZE :

Mademoiselle PUGIN - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.
Polyvalence totale.
MIREBEAU-sur-DEZE ; 1er et 3ème Mercredi du mois de 13h à 16h à la Mairie.

CANTON DE NUIITS-ST-GEORGES :

Mademoiselle AUBRY - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.
 Permanence spécialisée agricole.
 NUITS-SAINT-GEORGES : 4ème Vendredi du mois de 9h 30 à 12h aux Bains Douches.

CANTON DE PONTAILLER/SAONE :

Madame DEMONGEOT - Mairie d'AUXONNE - Tél. 36.31.13.
Polyvalence de catégorie agricole
PONTAILLER-sur-SAONE : 4ème mardi du mois de 9h à 12h à la Mairie - Tél. 36.47.2
TALMAY : 2ème mardi du mois de 9h 30 à 11h 30.

CANTON DE POUILLY en AUXOIS :

Mademoiselle RICHARD - POUILLY en AUXOIS - Tél. II9 à POUILLY en AUXOIS
Polyvalence de catégorie agricole
POUILLY EN AUXOIS : samedi de 9h à 12h au domicile et jours de foire de
9h à 12h à la Mairie.

CANTON DE PRECY-sous-THIL :

Mademoiselle LAVERNE - PRECY sous THIL

Polyvalence totale

PRECY sous THIL : mardi de 14h à 16h à la mairie - Tél. 127.

CANTON DE St JEAN DE LOSNE :

Madame DEMONGEOT - Mairie de AUXONNE - Tél. 36.31.13.

Polyvalence de catégorie agricole

SAINT JEAN DE LOSNE : 2ème samedi du mois de 9h 30 à 11h 30 à la Mairie -
Tél. 23.30.36.

BRAZEY en PLAINE : dernier mercredi du mois de 14h 30 à 16h 30 à la Mairie
Tél. 23.35.25.

CANTON DE SAINT SEINE :

Mademoiselle FRELET - BLIGNY le SEC par SAINT SEINE l'ABBAYE - Tél. 35.24.49.

Polyvalence totale

SAINT SEINE l'ABBAYE : 3ème vendredi du mois de 10h 30 à 12h au secrétariat
de la Mairie.

CANTON DE SAULIEU :

Mademoiselle PHILBEE - 7, rue de la Halle - SAULIEU - Tél. 128 à SAULIEU

Polyvalence de catégorie agricole

SAULIEU : samedi et jours de foire de 9h à 12h - Rue de la Halle.

CANTON DE SEMUR en AUXOIS :

Mademoiselle DUMONT - VILLENOTTE par SEMUR en AUXOIS - Tél. 6 à MASSINGY les SEMUR

Polyvalence totale

BARD les EPOISSE - CORROMBLES - CORSAINT - COURCELLES - FROMOY - EPOISSES -
FORLEANS - TOUTRY - MONTBERTHAULT - TORCY - POULIGNY - VIEUX-chateaux.

EPOISSES : Jeudi de 14h à 16h au centre Social - Tel. 55.

TOUTRY : 1er mercredi du mois de 14h à 16h au local communal - place du
Monument.

CANTON DE SEURRE :

Mademoiselle AUBRY - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.

Permanence spécialisée agricole

SEURRE : 3ème vendredi du mois de 9h 30 à 12h 15 à la Mairie.

CANTON DE SOMBERNON :

Mademoiselle RICHARD - POUILLY en AUXOIS - Tél. 119 à POUILLY en AUXOIS

Polyvalence de catégorie agricole

SOMBERNON : 1er et 3ème mercredi du mois de 14h à 15h à la Mairie - Tél. 34.51.30

CANTON DE VENAREY les LAUMES :

Mademoiselle THOMAS - 7, rue Parmentier - DIJON - Tél. 32.77.18.

Polyvalence totale

VENAREY les LAUMES : 1er et 3ème mercredi du mois de 9h 30 à 12h à la Mairie
Tél. 002.

CANTON DE VITTEAUX :

Mademoiselle RICHARD - POUILLY en AUXOIS - Tel. 35.30.37.

Polyvalence de catégorie agricole.

VITTEAUX : jours de foire de 10h à 12 h à la Mairie - Tl. 35.30.37.

VIIème CONGRES NATIONAL DES MEDICINS DE CENTRES DE SANTE

PARIS - 5 au 8 Octobre 1967

Rapport présenté par :

M. le DOCTEUR HAZEMANN

Médecin-Chef des Centres Médico-Sociaux et de P.M.I.
de la C.P.C.S.S.R.P.

Mme le DOCTEUR SEROR.

PROJET d'ORGANISATION DE BILANS DE SANTE DE L'ENFANT

A) - Au lendemain de la guerre de 1939-1945, furent pris deux textes fondamentaux dans le domaine de la prévention :

- l'Ordonnance du 2 novembre 1945 et ses décrets d'application organisaient la Protection Maternelle et Infantile,
- l'Ordonnance du 19 octobre 1945 consacrée à l'organisation de la Sécurité Sociale, dans son article 31, posait le fondement des examens de santé auxquels l'enfant et l'adulte doivent être soumis.

Si la Protection Maternelle et Infantile devait se développer, si les bilans de santé de l'adulte devaient prendre l'essor que l'on sait, notamment à PARIS par contre en ce qui concerne l'enfant, les bilans de santé devaient rester lettre morte.

En fait, trois examens avaient été prévus :

- . le 1er : entre 6 et 18 mois
- . le 2ème : entre 3 et 4 ans
- . le 3ème : entre 6 et 10 ans.

Les deux premiers examens devaient être orientés essentiellement vers "l'appréciation du développement pondéral-statural de l'enfant, le dépistage précoce des malformations, notamment des lésions osseuses et articulaires"; ils doivent comporter obligatoirement "une épreuve tuberculinique et si cette réaction est positive, une exploration radiologique des poumons".

Ce n'est que pour le 3ème examen, fait à partir de six ans qu'il était prévu :
"un examen général, avec exploration soigneuse des principaux appareils :
pulmonaires, cardio-vasculaires, digestifs, génito-urinaires, ostéoarticulaire,
endocrinien sensoriel nerveux et des fonctions psychiques".

Mais l'article 7 du même décret prévoyait :

"Les examens médicaux qui sont ou qui seront pratiqués en application de
"l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la Protection Maternelle et Infantile..
"peuvent remplacer les examens de santé prévus à l'article 2, sous réserve
"qu'ils donnent lieu à l'établissement d'une fiche médicale et qu'une copie
" de cette fiche soit transmise par le médecin examinateur au médecin conseil
"chargé du contrôle médical dans la circonscription de la Caisse Primaire à
"laquelle appartient l'assuré".

De plus, une circulaire n° I39 S.S. du 29 avril 1947 précisait :

"Les résultats des deux premiers examens de santé, ainsi que ceux pratiqués
"conformément à la législation en vigueur en matière de P.M.I., sont consignés
" sur le carnet de maternité et ne donnent pas lieu à l'établissement d'une
fiche particulière".

Ces textes donnèrent le coup d'arrêt à toute tentative d'organisation spécifique.

B) - Parce que la P.M.I. a ses limites, parce que chaque jour les possibilités de
dépistage deviennent plus nombreuses, plus complexes; ressort :

"La nécessité de faire pratiquer aux enfants à des âges déterminés, non plus
"les examens de santé anciens, (devenus caducs, avant d'avoir vécu) mais de
"véritables "bilans de santé" faisant appel à toutes les ressources que la
"Médecine et la Science donnent au médecin de 1967, tant par les investigations
" de laboratoire, les tests, les examens spécialisés, que le recours aux spé-
cialistes, avec l'aide des techniques électroniques et de l'automatisation".

Une formule de bilans de santé de l'enfant a été mise au point en liaison notamment
avec diverses personnalités :

- . Le Médecin-Chef départemental de la Seine : Madame le Docteur DAVIDSON,
- . le Médecin-Chef de la Seine et Oise : Madame le Docteur BIZOS,
- . le Professeur LELONG, consultant de pédiatrie,
- . Le Professeur Robert DEBRE.

Le 22 novembre 1966, ont été réunis un certain nombre de pédiatres des Hôpitaux de Paris représentant les différents aspects de la pédiatrie moderne et de ses spécialisations, tous Professeurs agrégés ou Médecins des Hôpitaux de Paris.

En une table ronde aux Enfants Malades, sous l'égide de Monsieur le Professeur LAMY, les Professeurs MANDE, MOZZICONACI, LAPLANE, ROYER, BRISSAUD, DUCHET, REY ont approuvé sans restriction le principe des Bilans de santé de l'enfant en reconnaissant unanimement le pas en avant considérable qu'il ferait faire à la médecine, à la pédiatrie sociale, s'il pouvait être réalisé.

Ils ont insisté sur la nécessité de prévoir, entre 0 et 6 ans, trois bilans de santé :

.. Le 1er bilan serait fait à l'âge de 9 mois, alors que l'enfant n'a pas encore commencé à marcher et que certaines maladies héréditaires latentes, certaines malformations peuvent encore et doivent être recherchées pour qu'une prophylaxie valable de leurs conséquences puisse être envisagée,

. le 2ème bilan serait fait entre 18 mois et 2 ans, à l'âge où le développement moteur de l'enfant doit être acquis et où il commence par la parole à prendre contact avec son entourage, en particulier son milieu familial,

. le 3ème bilan serait pratiqué aux environs de 4 ans, période où l'enfant a déjà trouvé sa personnalité propre sur tous les plans : psychique, biologique, organique, sensoriel, psychologique, affectif et manifeste son adaptation, ses anomalies ou ses difficultés d'adaptation au milieu qui l'entoure.

. 4 ans, c'est l'âge où doivent être dépistées toutes les causes d'inadaptation qui viendraient perturber l'intégration au milieu scolaire, à la vie sociale, si elles n'étaient compensées, éduquées à temps ou si une orientation particulière n'était alors envisagée, un traitement institué, une éducation, une information des parents faite à temps.

Les bilans de santé de l'enfant s'adresseraient aux enfants des assurés sociaux ou ayants-droits, soit que les parents en fassent la demande, soit qu'ils soient invités à présenter leur enfant pour bilan au moment où l'enfant atteint l'âge prévu (avec un battement de 1 mois).

Comme les examens de santé, les bilans de santé seraient exécutés gratuitement dans les centres spécialisés.

Au cours de la réunion du 22 novembre 1966, les participants ont insisté sur certains points qui à leur avis sont essentiels.

- Chaque bilan correspondant à un âge électif du développement de l'enfant où des dépistages particuliers peuvent et doivent être fait à ce moment, il convient en conséquence, pour chaque âge; de faire un bilan selon un schéma spécifique.
- Les examens, les investigations, les mesures, doivent à la fois comporter des éléments constants d'un bilan à l'autre pour que des comparaisons puissent être tirées, mais aussi des éléments propres à chaque âge recueillis par des spécialistes divers et différents.
- Les différents techniciens qui, à l'occasion d'un bilan, vont se pencher sur l'enfant (auxiliaire para-médicaux, spécialistes, etc..) devront être placés sous la coordination d'un pédiatre qui assurera en plus de son propre examen la synthèse de toutes les investigations, de toutes les conclusions de chaque spécialiste. C'est lui qui devra être le maître d'oeuvre, le responsable de l'équipe.
- Chaque technicien, chaque spécialiste remplira pour sa part les rubriques du dossier médico-psycho-social qui le concernera. Le pédiatre fera la synthèse tirera une conclusion globale, dégagera les perspectives, les mesures préventives, curatives, éducatives qui devront être prises.
- Le dossier médico-psycho-social devra être conçu de manière telle qu'il puisse être exploité statistiquement, rubrique par rubrique.
- Une fiche médicale de synthèse devra être faite à la fin de chaque bilan de santé (ainsi que cela était prévu pour les examens de santé); elle devra reprendre l'essentiel du dossier médical résumé, condensé; elle devra tirer des conclusions constructives.

Elle sera adressée aux parents pour être remise :

- . au médecin traitant ou au pédiatre,
- . au médecin du P.M.I. (si l'enfant est suivi en P.M.I)

Un exemplaire sera inclus dans le carnet de santé de l'enfant.

- Un service de suite (service social) devra s'assurer que les mesures préventives ou curatives préconisées auront bien été respectées chaque fois que la santé de l'enfant est menacée. Ce service de suite sera placé sous la responsabilité du pédiatre coordinateur.
- Toutes mesures devront être prises pour que les renseignements accumulés à l'occasion d'un bilan de santé puissent être aisément utilisés, retrouvés si l'enfant est amené à passer le bilan de santé suivant - par mesure d'efficacité d'économie.

- A tout moment l'organisation des bilans de santé de l'enfant devra avoir le souci d'être :

simple, pratique, utile, aussi économique que possible, rentable.

L'organisation mise en place devra permettre de comparer à périodes régulières les prix de revient avec le service rendu, élément par élément.

- Une exploitation épidémiologique, scientifique, sociale, médicale de toutes les données recueillies à l'occasion des bilans de santé de l'enfant devra être envisagée pour dégager par des études précises les secteurs dans lesquels un effort particulier d'action sanitaire et sociale pourrait être entrepris.

La mise à disposition de moyens électroniques à cet usage est une nécessité, elle permettra d'exploiter les dossiers médico-psycho-sociaux spécialement conçus pour pouvoir être traités par ces moyens modernes.

- C) - Dans la pratique, voici comment pourraient se dérouler, en tenant compte de ces principes, les bilans de santé aux âges électifs retenus : 9 mois, 18 mois, 4 ans.

DEROULEMENT DU BILAN DE 9 MOIS :

4 auxiliaires médicaux :

- une puéricultrice
- une psychologue
- une laborantine
- un étudiant en pédiatrie.

2 médecins :

- un ophtalmologue
- un pédiâtre qualifié.

Accessoirement :

- une manipulatrice radio,
- un radiologue.

vont se pencher sur l'enfant de 9 mois et le soumettre à leurs investigations en le situant dans son contexte familial, psychologique, social.

L'enfant sera étudié dans son passé, dans son présent :

- pour mieux préparer l'avenir,
- pour pouvoir conseiller les parents, faire leur éducation,
- pour pouvoir mettre en place les mesures préventives ou curatives qui s'imposent.

La Puéricultrice accueille la mère et son enfant; dès qu'elle le peut, elle pèse l'enfant, le mesure (à la toise du Pr SEMPE). Elle recueille, par l'interrogatoire de la mère ou de la nourrice, un certain nombre de données sur la manière dont est élevé l'enfant, sur son régime, son mode de vie, ses habitudes. Elle relève sur le carnet de santé ou de maternité tous les éléments d'information sur la progression des données biométriques et sur les régimes de l'enfant.

L'Etudiant en Pédiatrie :

- se livre à un interrogatoire détaillé sur les antécédents pathologiques connus de la famille :

- . père
- . mère
- . frères et soeurs
- . oncles et tantes des deux cotés
- . grands parents des deux cotés.

- reconstitue les conditions dans lesquelles s'est déroulée la grossesse :

- . la manière dont elle a été surveillée
- . les incidents pathologiques survenus
- . les conditions de l'accouchement et ses suites immédiates.

- il reconstitue les incidents, les maladies et les traitements depuis la naissance de l'enfant (carnets de santé de l'enfant, carnet de maternité, certificats, ordonnances, lettres du médecin traitant.).

- il vérifie l'état des vaccinations, contrôlant tous les documents justificatifs.

- il vérifie, en la mesurant, si elle positive, la réaction allergique de l'enfant à la tuberculine, le timbre ayant été posé au préalable par la mère à l'avant bras de l'enfant (ce timbre aura été adressé à la mère en même temps que la convocation avec toutes les explications utiles).

- il se livre à un certain nombre d'investigations, en particulier la prise de la tension de l'enfant "Méthode de Flush".

Au fur et à mesure de son interrogatoire, il vérifie et contrôle les données recueillies avant lui par la puéricultrice.

La Laborantine ou une infirmière spécialisée va effectuer :

- un prélèvement d'urines pour la recherche :

- . des sucres
- . de l'albumine ou des protéines
- . de l'acétone éventuellement.

- un test à la sueur (avec les nouvelles méthodes de dosage rapide et, de technique simplifiée) pour dépister une mucoviscidose éventuelle.

- un prélèvement sanguin au doigt de l'enfant ou au talon, afin de recueillir la petite quantité de sang qui permettra :

. de pratiquer immédiatement :

- un dosage de l'hémoglobine ou photo-colorimètre,
- éventuellement, une Numération Formule Sanguine.

. d'imprégner un papier spécial de 3 gouttes de sang qui serviront à faire au laboratoire :

- un test de Guthrie pour la recherche d'une éventuelle phénylcétonurie passée inaperçue
- une chromatographie des acides aminés pour dépister une maladie du métabolisme des autres acides aminés.

NOTA : Au cas où l'équipe ne comprend pas cette laborantine, la puéricultrice ou l'infirmière spécialisée ou l'étudiant pédiatre peuvent effectuer ces prélèvements et tests.

Si la Numération Formule Sanguine ne peut être faite sur place, l'étalement sur lame est fixé pour être adressé ultérieurement au laboratoire; la Numération Formule sanguine est souhaitable, elle n'est pas totalement indispensable.

La Psychologue :

- étudie les conditions psycho-sociales dans lesquelles l'enfant a vécu, avant et après sa naissance.

- elle étudie les réactions d'adaptation ou de désadaptation de l'enfant à son milieu, par l'interrogatoire de la mère ou de la nourrice.

- elle précise le niveau du développement psycho-moteur de l'enfant par les "baby-tests" tests divers : tests de Guezelle, test de Brunet-Lézine, etc...

- et tire ses propres conclusions premières.

L'Ophtalmologiste : (spécialisé, habitué à examiner des enfants en bas âge) étudie :

- le fond d'oeil de l'enfant et les annexes de l'oeil à la recherche :
 - . d'une tare acquise pendant la gestation, toxoplasme, etc...
 - . d'une tare héréditaire : glaucôme, cataracte frustre,
- à la découverte d'une malformation, voire d'une néo-formation de la rétine ou de l'oeil.
- les réflexes photomoteurs (dépistage d'une cécité précoce, totale ou partielle)
- la motilité de l'oeil, en vue de reconnaître précocement les strabismes congénitaux justiciables ultérieurement d'une éventuelle intervention chirurgicale, ce qui n'est généralement pas le cas des strabismes acquis, plus tardifs d'apparition et justiciables eux d'une rééducation (lorsqu'un strabisme est découvert tardivement, il est très difficile alors de faire la différence entre strabisme congénital et strabisme acquis. Il est donc capital de dépister tôt le strabisme congénital et de le noter).

Le Pédiâtre qualifié :

reprend rapidement, en les complétant, au besoin, en les contrôlant, les résultats des investigations et constatations faites avant lui. Il prend connaissance des résultats des examens de laboratoire déjà exécutés, se livre à un examen détaillé somatique de l'enfant, organe par organe, fonction par fonction ; le pédiâtre porte toute son attention à la recherche des anomalies héréditaires ou acquises et de leurs conséquences. Il note soigneusement, après investigations, le degré du développement psycho-moteur de l'enfant.

Au fur et à mesure de l'examen, le pédiâtre enregistre ses constatations, ainsi que les examens complémentaires ou les investigations qu'elles suggèrent, il choisit parmi les examens possibles ceux qui sont essentiels et dont il va demander l'exécution.

Une première conclusion d'ensemble est tirée par le pédiatre de cette confrontation entre ses propres investigations et celles des autres spécialistes.

Chaque fois que nécessaire, en fin de séance, une confrontation entre les membres de l'équipe permet d'éclaircir un point de détail ou une contradiction apparente. Elle permet une vue synthétique globale cohérente du cas de l'enfant dès ce premier contact. Si des examens complémentaires doivent déjà à ce stade être prévus, le pédiâtre prévient la mère et lui en explique la nécessité.

Lorsque une radiographie des os du carpe et du poignet peut être faite sur place, ainsi qu'une radio de la hanche, elles sont effectuées en cours de bilan, au moment le plus propice, sinon, la mère est adressée à un centre d'examens complémentaires où des radiographies peuvent être pratiquées en même temps que d'autres examens complémentaires éventuels. Ces radiographies ont pour but d'apprécier l'âge osseux, de dépister un rachitisme frustre ou toute autre anomalie soupçonnée.

Ces examens radiographiques sont très souhaitables, ils ne sont pas toujours réalisables faute d'appareillage nécessaire proche, on peut éventuellement s'en passer.

Lorsque les résultats des examens de laboratoires non exécutés sur place sont connus, lorsque les radiographies, voire les comptes-rendus des examens complémentaires demandés ont été exécutés dans le centre spécialisé prévu à cet usage ou à l'hôpital, lorsque tous documents et conclusions sont de retour, ou bien le pédiâtre a assez de renseignements pour conclure son bilan définitivement, il formule ses conclusions et ses recommandations sans tarder.

- un exemplaire de la fiche médicale de synthèse est adressée à la mère pour être remise au médecin qui suit habituellement l'enfant (qu'il s'agisse du médecin de famille ou du pédiâtre, qu'il s'agisse du médecin d'un centre de P.M.I., éventuellement deux documents peuvent être ainsi adressés).

- un exemplaire est destiné à être inclus dans le carnet de santé de l'enfant.

- un exemplaire reste aux archives.

Au cas où les affections soupçonnées, où les constatations effectuées rendent souhaitable une hospitalisation pour investigations très particulières, hormis l'urgence, rien n'est fait sans qu'un contact ait été pris avec le médecin traitant; il est nécessaire que le médecin traitant sache pourquoi l'enfant doit être hospitalisé et soit associé à cet acte important, éventuellement donne son avis; Dans ce cas précis, le bilan final n'est conclu que lorsque toutes les investigations ont été pratiquées, toutes les déductions tirées.

Chaque fois que l'avenir de l'enfant est menacé, un fichage particulier, un service social de suite permettent de s'assurer que les déductions logiques, curatives, éducatives, préventives ou rééducatives ont bien été suivies, appliquées, menées à bien. Au besoin, l'Assistante Sociale prend toutes mesures conservatoires nécessaires, avec le maximum de doigté tant auprès de la famille que du médecin traitant.

Le dossier médical de base, celui qui a été rempli tout au long des examens et qui comprend tous documents, est gardé aux archives pour être éventuellement exploité mécanographiquement. Rappelons qu'une étude en cours vise à préparer cette éventualité qui nous paraît devoir s'imposer, aussi bien pour les bilans de santé de l'enfant que pour ceux de l'adulte (au besoin, les documents à garder seront conservés sur microfilms de manière à pouvoir être réutilisés lors d'un 2ème bilan, mais il faudra, pour arriver à ce stade, des études complémentaires et des moyens que nous n'aurons pas d'emblée).

DEROULEMENT ET DUREE DES EXAMENS

Chaque membre de l'équipe médicale et para-médicale se penche sur l'enfant environ 20' (un peu plus ou un peu moins, selon le cas), c'est à dire que pour le bilan de 9 mois, l'enfant sera "en main" pendant environ 2 heures.

- le pédiatre examine l'enfant en dernier, puisqu'il est amené à faire la synthèse du travail de ses collaborateurs (médecins ou para-médicaux).
- l'Ophtalmologiste peut intervenir à n'importe quel moment, mais toujours avant le pédiatre.
- La Puéricultrice, la laborantine, l'étudiant en pédiatrie, le psychologue, doivent commencer leurs investigations 1/2 heure à 1 heure avant les médecins (pour leur préparer le travail, leur apporter le fruit de leurs investigations et examens spécialisés).

En une demi-journée, une équipe peut voir en moyenne 6 enfants de 9 mois, ce qui représente une vacation de 4 heures pour l'équipe para-médicale, de 2 heures pour l'Ophtalmologiste, de 3 heures environ pour le pédiatre; (il est souhaitable qu'en fin de séance 1/2 heure soit réservée à ce que les principaux membres de l'équipe discutent ensemble des cas difficiles).

Ainsi, une équipe au complet devrait pouvoir tester environ 12 enfants par jour en deux séances : l'une le matin de 8 h 30 à midi
l'autre l'après-midi de 14h 30 à 17h 30.

LES LOCAUX

Outre la salle d'attente, les locaux à utiliser pour le bilan de santé de l'enfant de 9 mois devront comprendre une pièce indépendante pour chacun des membres de l'équipe, avec appareillage et matériel d'investigations nécessaires.

Tout le matériel peut être transportable, même celui du laboratoire, à l'exclusion du matériel de radiologie bien entendu (nous avons vu que la radiographie n'est qu'une option souhaitable et peut éventuellement être pratiquée dans un deuxième temps, dans un service équipé proche).

Ainsi, en pratique, presque tous les centres de P.M.I. modernes, conformes aux normes, peuvent être utilisés pour les Bilans de Santé de l'enfant de 9 mois, en dehors des séances où ils fonctionnent pour l'usage de la P.M.I. classique.

D) - DEROULEMENT DU 2ème BILAN DE SANTE EFFECTUE AUX ENVIRONS DE 18 MOIS :

Dans ses principes, dans sa technique, en pratique, il est fait selon les mêmes modalités d'ensemble décrites pour le bilan de santé de l'enfant de 9 mois.

Il en diffère cependant sur certains points particuliers :

- Il se pourra que l'enfant à examiner ait déjà été testé lors d'un bilan de santé de 9 mois; il est bien évident alors que toute l'expérience accumulée tous les renseignements recueillis lors du précédent bilan devront être utilisés et seuls les examens utiles devront être refaits, soit pour une étude comparative, soit pour pousser plus avant un diagnostic resté imprécis soit pour juger de l'évolution de l'enfant depuis le bilan précédent.

C'est ainsi, par exemple, que si l'examen ophtalmologique de l'enfant a été jugé normal à l'âge de 9 mois, il ne sera pas recommencé, c'est ainsi que si la radiographie des hanches et du poignet n'ont rien montré d'anormal, hormis raisons particulières, ces examens ne seront pas refaits.

Par contre, toutes les modifications, toutes les maladies, toutes les perturbations intervenues dans le milieu familial depuis le précédent bilan, toutes les vaccinations, toutes les manifestations d'inadaptation, le régime de l'enfant, l'évolution des constantes biologiques, le résultat de tous les examens et investigations faits depuis le précédent bilan seront soigneusement notés, comparés.

Un deuxième bilan doit à la fois revenir moins cher et être plus instructif s'il succède à un bilan précédent.

Le bilan de 18 mois diffère du bilan de 9 mois en ce que :

- Les examens de laboratoire ne sont plus tout à fait les mêmes (le Guthrie, le dosage des acides aminés par chromatographie ne sont plus à faire, c'est trop tard pour dépister une maladie d'origine métabolique. Par contre, le dosage du cholestérol est à faire, le dosage de l'hémoglobine, la numération formule sanguine gardent leur valeur ainsi que les examens d'urines qui restent à faire à cet âge. Il en va de même du test à la sueur).
- un examen O.R.L. attentif est à pratiquer par un spécialiste O.R.L. : examen du rhino-pharynx, des sinus, du tympan, de l'oreille dont il faut tester soigneusement les facultés auditives déjà à cet âge.
- Le bilan psychomoteur et relationnel est beaucoup plus complexe qu'à l'âge de 9 mois. Adapté à l'évolution de l'enfant de 18 mois, il associe généralement divers tests (Brunet, Lézine, Guesel, etc...) Il comporte une étude attentive de la latéralité (main, pied, oeil).

Dès cet âge, une étude des moyens d'expression de l'enfant est ébauchée, les défauts de langage sont recherchés, les troubles caractériels ou les conflits avec l'entourage sont recherchés tant par les investigations que par un interrogatoire précis de la mère et une observation du couple mère-enfant.

- Le bilan pédiatrique doit être fait très systématiquement aussi complet que possible, cherchant à dépister toutes les malformations congénitales ou héréditaires, et leurs conséquences ainsi que celles des maladies contractées depuis la naissance. L'étude des différents organes et de leur fonctionnement, l'étude du squelette, de son développement, de sa statique et des anomalies orthopédiques est faite soigneusement par le pédiatre.

Le bilan des vaccinations, l'étude de l'allergie tuberculinique sont faits en détail afin que toutes mesures préventives complémentaires puissent être prises avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 2 ans.

LE PERSONNEL :

Ainsi, au total, pour l'exécution du bilan de 18 mois, l'équipe comprend en plus de l'équipe déjà étudiée pour le bilan de 9 mois : un oto-rhino-laryngologiste, les autres membres, notamment : puéricultrices, laborantines, étudiant en pédiatrie, psychologue, optalmo, étant les mêmes.

L'équipe reste sous la direction du pédiatre : il est le maître d'oeuvre, celui qui contrôle tous les examens et interrogatoires des auxiliaires médicaux, celui qui rassemble toutes les constatations de ses confrères et qui, avec l'aide déduit les investigations complémentaires qu'il y a lieu de demander.

Il assure l'intégration à l'observation de toutes les données recueillies et conclut d'une manière synthétique en formulant toutes les recommandations, en faisant toutes les suggestions qu'il juge bon. Il résume le tout dans la fiche médicale, il s'assure que cette fiche est bien transmise aux parents, en plusieurs exemplaires. :

- . 1'une destinée au médecin traitant
- . 1'autre au médecin de P.M.I.
- . ou au pédiatre (éventuellement)
- . un exemplaire enfin destiné à être inclus dans le carnet de santé de l'enfant.

Comme pour le bilan de 9 mois, lorsque des mesures préventives essentielles doivent être prises, le pédiatre se met en rapport avec l'Assistante Sociale pour qu'elle assure les liaisons, vérifie l'exécution de mesures préventives ou curatives.

DURÉE DU BILAN DE 18 MOIS :

Chaque membre de l'équipe consacre environ 20 minutes à l'examen ou à l'interrogatoire ou aux investigations.

C'est à dire que la durée de l'examen de chaque enfant est d'environ 2h 20.

Il est donc possible d'examiner 6 enfants par demi-journée. C'est dire alors que la durée de la vacation des auxiliaires médicaux devra être de 4 heures, celle de l'Ophtalmologiste et de l'O.R.L de 2 heures 1/2, celle du pédiatre de 3h 1/2 à 4 heures environ.

Pour juger de la durée de la vacation du pédiatre, il faut tenir compte en effet que le pédiatre aura, avant de commencer à examiner les enfants de la séance en cours, à prendre connaissance des résultats des examens complémentaires demandés par lui à la séance précédente pour les enfants pour qui cela était nécessaire, Au vu de ces résultats d'examens, il complétera les dossiers, tirera ses conclusions et recommandations.

En fin de séance, il étudiera avec ses collaborateurs les quelques dossiers pour lesquels une étude en commun doit être faite. Les cas les plus délicats, ceux qui nécessitent une étude-globale bénéficieront ainsi éventuellement d'un travail d'équipe.

LES LOCAUX :

Ils devront comprendre les mêmes pièces que celles qui avaient été prévues pour le bilan de 9 mois, avec une pièce supplémentaire pour l'O.R.L - 7 pièces plus une salle d'attente.

Comme pour le bilan de 9 mois, les examens complémentaires pourront être faits sur place, si cela est possible ou en faisant appel au concours d'organismes équipés pour ce travail : dispensaires, laboratoires spécialisés, services hospitaliers, etc...

. c'est dire que, généralement, il ne sera pas possible de réaliser les bilans de l'enfant de 18 mois dans les locaux des centres de P.M.I , sauf à des rares exceptions près. Il conviendra donc de disposer d'un local particulier.

E) DEROULEMENT DU BILAN DE 4 ANS :

C'est le bilan capital au moment où l'enfant, par le langage, déjà conscient, ébauche sa vie relationnelle, reçoit de son milieu et échange avec lui incitations, informations qui vont lui permettre de trouver ou non son développement harmonieux sur tous les plans.

C'est le grand moment, compte tenu des précédents bilans, de faire le point aussi complètement que possible du développement somatique, de l'équilibre biologique, psychologique, affectif de l'enfant avant qu'il ne se heurte à la vie collective.

C'est le grand moment où doit être fait un bilan approfondi de l'état de ses différents organes des sens, de l'ébauche de ses possibilités intellectuelles, du développement de ses moyens d'expression.

C'est alors en effet que peuvent être, souvent au plus tard, corrigées les anomalies du développement, les inadaptations, les troubles de la spacialité, les handicaps, l'orthopédie, l'orthodontie, l'orthophonie, les corrections des organes des sens ne peuvent alors souffrir de retard, faute de laisser des handicaps insurmontables incorrigibles.

C'est le dernier moment pour mettre au point les ultimes mesures préventives, si cela n'a déjà été fait, en particulier, les vaccinations, avant que l'enfant ne se trouve plongé dans la vie collective, la vie scolaire. Cette vie scolaire, si des mesures correctives ou préventives n'étaient prises, ne viendrait que renforcer tous les handicaps, toutes les inadaptations.

Fait selon les mêmes principes de base que nous avons déjà étudiés pour les précédents bilans, mais adaptés aux impératifs des examens plus spécialisés, plus particuliers, avec des techniciens plus nombreux, le bilan de 4 ans sera donc exécuté par une équipe qui devra comprendre :

- . Une laborantine
- . une puéricultrice
- . une psychologue
- . un étudiant en pédiatrie
- . un O.R.L. qualifié
- . un ophtalmologiste
- . mais aussi un stomatologiste
- . le pédiatre.

DUREE DE L'EXAMEN :

L'ensemble de l'examen représente au moins 2h 1/2 de travail d'investigations autour de chaque enfant.

Comme pour les autres bilans, les auxiliaires médicaux devront commencer leurs investigations préalablement aux médecins, le pédiatre intervenant toujours le dernier.

- . la durée des vacations des auxiliaires médicaux devra être de 4 heures à 4h 1/2.
- . la durée de vacation de l'O.R.L. de l'Ophtalmologiste, du stomatologiste peut se limiter à 2 heures, 2 heures 1/2 environ.
- . celle du pédiatre à 4 heures environ, compte tenu qu'il a à faire la synthèse de nombreux examens..

Le pédiatre devra consacrer, bien entendu, la première et la dernière demi-heure de la séance à l'étude systématique des cas particuliers vus aux séances précédentes, pour lesquels il a demandé des examens ou des investigations complémentaires et qui viennent de lui parvenir.

Il devra tirer les conclusions finales pour chaque cas, sans plus attendre, il profitera de la présence des spécialistes à ses côtés pour revoir éventuellement avec eux, en fin ou en cours de séance, les cas pour lesquels il a besoin de leur avis.

Nous estimerons qu'il sera possible de tester 5 à 6 enfants par demi-journée avec une équipe bien rodée.

LES LOCAUX :

Il est certain que pour recevoir une équipe de 8 membres, dont chacun a besoin de travailler dans une pièce isolée, tout en disposant d'une salle d'attente. Il ne peut être question de faire ces bilans dans les centres de P.M.I habituels.

Ceci est d'autant plus vrai que certains des spécialistes tels que le stomatologiste, l'O.R.L l'Ophtalmologiste, ont besoin, pour leurs investigations approfondies, d'un matériel difficilement transportable. Des locaux particuliers spécialement aménagés doivent donc être prévus.

Il est très concevable que les locaux réservés aux bilans de 4 ans puissent être utilisés à mi-temps pour les examens du bilan de 18 mois, une pièce étant alors libre dans laquelle l'Assistante Sociale pourra travailler (la présence de cette collaboratrice indispensable n'étant pas nécessaire à plein temps).

Cette dualité aurait l'avantage de mettre à la disposition des deux équipes des auxiliaires dont nous n'avons pas encore parlé : les secrétaires médicales.

Il est, en effet, indispensable que l'équipe ait à sa disposition en règle 3 secrétaires médicales pour s'occuper des convocations, de la tenue des dossiers de la frappe des fiches médicales, de leur envoi.

Les secrétaires auront à s'occuper aussi de l'acheminement des examens de laboratoires, corrigeront tous les comptes-rendus, aideront aussi à la tenue des statistiques et de tous documents administratifs.

Il sera bon de prévoir une ou deux auxiliaires de puéricultures pour aider les mamans.

Si un tel complexe de bilans de santé de l'enfant de 18 mois et de l'enfant de 4 ans était réalisé, il pourrait être le pivot central, le centre de base avec comme satellites des centres de P.M.I (utilisés les jours où ils ne fonctionnent pas en P.M.I) et où seraient faits les bilans de 9 mois. Le service des convocations, le service de suite, seraient organisés au centre pivot et communs à tous ces centres.

Il serait parfaitement concevable de doter le centre de base d'une radiographie centrale qui assurerait tous les examens complémentaires. Il serait souhaitable, en outre, de prévoir là la possibilité de faire certains examens complémentaires de l'enfant de 9 mois, en particulier, examen O.R.L. etc...

Il serait bon que l'essentiel de l'organisation soit sous la responsabilité d'un pédiatre à plein temps qui assurerait les consultations et la surveillance des centres satellites, aidé d'une Directrice-Puéricultrice

F) - Comment, dans la réalité pourrait être réalisée cette organisation ?

DEUX EXPERIENCES TEMOINS PROPOSEES :

Pour rester dans le concret, nous proposons la réalisation de deux expériences-tests utilisant des locaux déjà existant et n'engageant que peu d'investissement avec un souci d'économie et de rentabilité.

Le principe de base resterait celui que nous avons étudié :

- un centre pivot, où seraient pratiqués les bilans des enfants de 18 mois et 4 ans, où seraient faits également les examens complémentaires pour les enfants de 9 mois.
- des centres satellites plus petits, où seraient faits les bilans de santé des enfants de 9 mois, à proximité de leur domicile.

Le centre pivot pourrait parfaitement être un de nos centres médico-sociaux que nous nous proposons de reconvertir.

Les centres satellites pourraient être les locaux des centres de P.M.I du secteur, utilisés les jours où ils ne fonctionnent pas en P.M.I (centres municipaux, centre privés, centres publics, avec lesquels des conventions pourraient être passées pour qu'ils nous louent leurs locaux, les jours où ils sont inutilisés).

Un pédiatre plein temps serait responsable du complexe centre pivot, centre satellite, assisté d'une Directrice-Puéricultrice. L'un et l'autre dans leur domaine seraient chargés de la bonne marche médicale et administrative du complexe. Personnel, matériel, convocations, tenue des dossiers, contrôle du retour des examens complémentaires, respect des liaisons avec les médecins traitants, contrôle de l'expédition des fiches médicales des bilans de santé, service de suite tenue des statistiques, seraient sous leur responsabilité.

Ils seraient assistés par un personnel paramédical plein temps ou vacataire, par un personnel médical vacataire. A priori le médecin pédiatre plein temps et la Directrice participeraient directement à la marche du complexe en assumant eux-mêmes, sur place, une grande part du travail courant, tout en surveillant le travail de l'équipe ambulante qui se déplacerait dans les centres de P.M.I

Nos centres médico-sociaux à reconvertir étant également utilisés à des usages P.M.I, il n'y aurait aucun inconvénient à ce que certaines demi-journées le centre pivot fonctionne partiellement à cet effet, comme il le fait, tout en continuant, pour la partie anciennement centre médico-social à être utilisé pour des examens complémentaires des bilans de santé de l'enfant.

Les deux ou trois complexes (centre pivot + centres satellites) retenus pour une expérience-témoin seraient placés sous la responsabilité administrative de la division de la P.M.I de la Caisse primaire Centrale.

Le médecin chef du Service P.M.I de la Caisse Primaire Centrale et ses collaborateurs pédiatres seraient sur le plan technique responsable de l'organisation et du contrôle. Le Médecin-Chef aurait autorité sur tout le personnel médical et para-médical dont il superviserait le recrutement, le travail et le rendement technique.

G) - EN RESUME

Il est proposé d'envisager la mise en place d'une nouvelle expérience d'Action Sanitaire et Sociale. Elle consiste à pratiquer entre 0 et 6 ans, 3 "bilans de Santé" chez les enfants de nos assurés sociaux ou ayants-droit.

Un certain nombre de "grands patrons" de la pédiatrie ont défini avec nous les âges auxquels ces "bilans de santé" (très différents des anciens examens de santé) devaient être pratiqués :

. 9 mois, 18 mois, 4 ans ont été retenus.

Ces personnalités ont défini avec nous les examens, les tests, qui devaient être pratiqués et les modalités selon lesquelles devaient être faits ces bilans de santé.

Nous proposons la réalisation de deux expériences témoins :

- l'une de ces expériences pourrait être faite à PARIS, en utilisant les locaux d'un de nos centres médico-sociaux du 13ème arrondissement appelé à être converti

Dans le centre médico-social et dans les centres de P.M.I satellites pourraient être testés chaque année :

(2.500 enfants de 9 mois
4.500 enfants (1.000 enfants de 18 mois
(1.000 enfants de 4 ans.

- La même expérience pourrait être tentée dans la banlieue de Paris en utilisant les locaux de notre actuel centre médico-social, situé rue Casterès à CLICHY et dans les locaux des centres de P.M.I voisins.

Chaque année pourraient être testés dans des conditions très semblables :

(2.500 enfants de 9 mois
4.500 enfants (1.000 enfants de 18 mois
(1.000 enfants de 4 ans.

En deux ans, près de 18.000 enfants devraient pouvoir ainsi passer un "bilan de santé".

A la fin des 2 années d'expérience des conclusions pourraient être dégagées en vue de décider si l'expérience est rentable et si elle doit être étendue, généralisée. Nos services sauraient alors si le coût est en rapport avec le service rendu.

Quoi qu'il en soit, l'expérience proposée :

- aurait le souci de ne jamais faire double emploi, ni avec la médecine préventive de l'enfant existant actuellement (P.M.I) ni avec le travail fait par le médecin traitant.
- elle se targuerait au contraire d'en être le complément indispensable.
- elle viserait :
 - . grâce à des examens systématisés, approfondis, différenciés
 - . grâce au concours de techniciens qualifiés
 - . grâce à l'utilisation des techniques les plus modernes.
- à dépister les affections latentes, qu'elles soient héréditaires, congénitales, acquises
- à faire le bilan à un moment déterminé, électif de son développement, de l'état de l'enfant testé, examiné et comparé au groupe.
- les parents, le médecin traitant, le médecin de prévention, pourraient alors être utilement informés des mesures de surveillance, de prévention ou curatives qui devraient être envisagées.

- l'établissement de normes de l'enfant bien portant pourraient être dégagées,
- des statistiques épidémiologiques pourraient être établies,
- des secteurs menacés dans lesquels des formes particulières nouvelles d'action sanitaire et sociale doivent être mises en place devraient apparaître.

- . outil d'investigation au service de la santé de l'enfant, outil de travail au service de la Médecine, de la société les "bilans de Santé de l'Enfant" devraient avec des prix de revient acceptables permettre de réaliser des économies pour l'avenir..

L'enfant d'aujourd'hui, c'est l'homme de demain, c'est ainsi que l'on a pu dire que l'enfant est le père de l'homme. CE que nous ferons pour sauvegarder la santé de l'enfant sera investi sur la santé de l'homme de demain au détriment de la maladie, de l'inadaptation, de la chronicité, de l'invalidité précoce.

- Charge lourde certainement, mais facteur de santé, les "bilans de santé de l'enfant", parce qu'ils représentent un placement à long terme devraient, tout compte fait, constituer un investissement rentable.

CANIER DE LA PUERICULTRICE - DEC/1966.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

TITRE PREMIER : PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE :

Art. L.146 - La Protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères ainsi que celle des enfants n'ayant pas dépassé deux ans révolus, dits enfants du premier âge, et de ceux de trois à cinq ans révolus, dits enfants du second âge, est organisée dans les conditions fixées par le présent titre.

CHAPITRE PREMIER : ORGANISATION ADMINISTRATIVE

SECTION I : INSTITUTIONS :

Art. 2 du décret remplaçant l'article L. 147. - La Protection médico-sociale maternelle et infantile constitue un service départemental. Pour le fonctionnement de ce service, le département est divisé en circonscriptions par délibération du conseil général prise sur proposition du Préfet, après consultation du directeur départemental de la santé. Chaque circonscription est elle-même divisée, suivant la même procédure, en un certain nombre de secteurs.

Art. L. 148 - La circonscription est pourvue d'un centre de protection maternelle et infantile et comprend autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que l'exigent les besoins de la population. Les consultations de nourrissons et les consultations prénatales doivent, en principe, correspondre chacune respectivement à 3 000 habitants et 20 000 habitants. Des consultations d'enfants du second âge doivent être également prévues dans toutes les circonscriptions.

Art. L.149 - Le centre principal de protection maternelle et infantile prévu pour chaque circonscription à l'article précédent est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés, exerçant leur activité en partie ou en totalité dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

Ce centre comprend obligatoirement :

Une consultation prénatale, dans laquelle pourront être examinés les futurs parents

Une consultation postnatale

Une consultation de médecine infantile d'enfants du premier âge.

Une consultation de médecine infantile d'enfants du second âge.

Il comprend éventuellement une consultation contre la stérilité conjugale.

Chaque centre doit s'assurer et rémunérer le concours de service antivénérien, d'un laboratoire d'analyses médicales, suivant les modalités fixées par le Directeur départemental de la Santé.

Il peut toutefois faire appel pour les examens de radiologie à un autre service. Les modalités suivant lesquelles il est admis à user de cette faculté ou à demander le concours d'autres services spécialisés sont fixées comme il est prévu à l'alinéa précédent.

Art. L. 150 modifié - Tout département doit être rattaché à un ou plusieurs centres de placement surveillé relevant du service de la Protection Maternelle et Infantile qui exerce sur eux le contrôle sanitaire et social prévu par le présent titre.

Lorsque la circonscription d'un de ces centres s'étend à plusieurs départements qui ont coopéré à sa création, le fonctionnement en est surveillé par le service de la protection maternelle et infantile du département où le centre est installé.

SECTION 2 - DIRECTION ET COORDINATION :

Art. L. 151 - Dans chaque département le service de la Protection Maternelle et infantile, au point de vue médico-social et administratif, est confié au directeur départemental de la santé.

Art. 3 du décret - Dans le cadre des attributions qui lui sont confiées par l'Article L. 151 du code de la santé publique, le directeur départemental de la santé prend, en liaison avec les services et organismes qui concourent à la protection maternelle et infantile, toutes les mesures nécessaires pour coordonner l'action de ces services et organismes avec celle des services placés sous son autorité.

Art. 4 du décret - Il est secondé par des médecins qui peuvent être appelés à consacrer à leurs fonctions la totalité de leur activité professionnelle. Ces médecins sont chargés notamment de la direction des centres de Protection maternelle et infantile, du fonctionnement des consultations de secteurs ainsi que de tâches de contrôle pouvant s'exercer dans plusieurs circonscriptions ou secteurs.

Art. L. 152 - Une assistante sociale chef seconde le médecin chargé du service pour tout ce qui concerne le travail et la discipline du personnel des assistantes sociales concourant à l'application du présent titre.

Art. 5 du décret : Il est également fait appel à des Assistantes sociales relevant soit du service départemental de Protection maternelle et infantile lui-même, soit d'autres services ou organismes. Ces assistantes sociales sont placées sous la direction de l'assistante sociale chef du service de protection maternelle et infantile, dans les conditions prévues par l'article L. 152 du code de la Santé publique.

Le service s'assure en outre, le concours de puéricultrices diplômées d'Etat.

La coordination des services sociaux concourant à la protection maternelle et infantile est, dans le cadre général, des mesures de coordination prévues par l'article 3 du présent décret, assurée dans les conditions prescrites par la loi du 4 août 1950. Les divers services et organismes intéressés, sont tenus de rendre compte mensuellement au directeur départemental de la santé de l'activité de leurs agents au titre de la protection maternelle et infantile.

Art. 6 du décret remplaçant l'art. L. 153 - Chaque région sanitaire comprend un médecin conseiller régional d'obstétrique et un médecin conseiller régional de pédiatrie nommés par le ministre de la santé publique et de la population. Ces médecins conseillent les directeurs départementaux, de la santé, pour ce qui concerne l'organisation des services de protection maternelle et infantile, ainsi que la coordination et le contrôle des organismes qui concourent à cette protection. Ils tiennent informés de leur action l'Inspecteur divisionnaire de la Santé.

SECTION 3 : DISPOSITIONS SPECIALES DU DEPARTEMENT DE LA SEINE

Art. L. 154 - Pour le département de la Seine, un arrêté du ministre de la santé publique, et de la population fixe les modalités suivant lesquelles le directeur général de l'Assistance publique de Paris, d'une part, le directeur départemental de la santé et le directeur départemental de la population et de l'entraide sociale, d'autre part, assurent de concert l'application des présentes dispositions.

CHAPITRE II : DU CERTIFICAT PRENUPTIAL

Art. L. 155 - Au cours de l'examen prévu par le deuxième alinéa de l'article 63 du code civil, l'attention du médecin doit se porter particulièrement sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance.

Art. L. 156 - Le médecin ne devra délivrer le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article 63 du code civil qu'au vu du résultat :

1° d'un examen radiologique effectué par un dispensaire public ou par un médecin agréé à cet effet :

2° d'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé.

Le médecin communiquera ses constatations à l'intéressé et lui en signalera la portée.

Dans les cas graves, il devra lui confirmer cette communication par écrit.

Art. L. 157 - Un modèle de certificat prénuptial est établi par arrêté du ministre de la santé publique et de la population.

Art. L. 158 - Les frais résultant de l'examen médical avant le mariage sont couverts :

1° Par les caisses de Sécurité Sociale en ce qui concerne leurs affiliés et dans la mesure de leurs tarifs de responsabilités.

2° Par le service de l'aide médicale pour ceux qui bénéficient de ce mode d'assistance.

"Ces frais restent à la charge des intéressés, eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni bénéficiaires de l'aide médicale".

CHAPITRE III - PROTECTION DES FUTURS PARENTS

SECTION I : EXAMENS MEDICAUX

Art. L. 159 modifié - Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, par les Collectivités publiques ou les Etablissements publics, par les caisses de Sécurité Sociale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'Assistante sociale.

Elle doit; en outre, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la population, après avis de l'académie nationale de médecine, faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse et d'un examen post-natal dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Le premier examen, qui se place avant la fin du troisième mois, est à la fois obstétrical et général, il doit être effectué ainsi que l'examen postnatal, par un médecin.

Ces examens sont pratiqués :

- a) soit par un médecin au choix de l'intéressée.
- b) soit par un médecin d'un centre de protection maternelle et infantile.
- c) soit par un médecin inscrit au service de l'aide médicale pour les bénéficiaires de ce mode d'assistance.

Les frais d'examen sont répartis conformément aux règlements et lois en vigueur, notamment suivant les dispositions des articles 190 et 191 du code de la famille et de l'aide sociale en ce qui concerne l'aide médicale et suivant la législation sur les Assurances Sociales.

Un décret détermine pour chacune des administrations intéressées, les conditions d'application du présent article.

Art. 7 du décret - L'arrêté du ministre de la santé publique et de la population prévu à l'article L. 159 du code de la santé publique détermine les conditions dans lesquelles un quatrième examen médical doit avoir lieu au cours de la grossesse. (Arrêté du 22 février 1965, paru dans le numéro 2 des Cahiers de la Puéricultrice).

Il précise, d'autre part, la nature et les modalités des examens destinés à assurer le dépistage, chez les femmes enceintes, de la tuberculose, de la syphilis, des incompatibilités sanguines foeto-maternelles et d'une façon générale, de tout état susceptible de retentir sur la santé de la mère ou sur celle de l'enfant. Il détermine en outre, les organismes habilités à effectuer les examens en vue du dépistage des incompatibilités foeto-maternelles.

Si l'un des trois premiers examens prénataux n'a pas été subi ou n'a pas été pratiqué selon les modalités fixées par l'arrêté ministériel susvisé, et notamment dans les délais qu'il impartit en fonction de la date présumée du début de la grossesse, la fraction des allocations prénatales correspondant à l'examen en cause est supprimée.

Ladite allocation peut toutefois être attribuée, sur avis conforme du directeur départemental de la santé, dans le cas où la future mère n'a pu se soumettre à l'examen pour un motif de force majeure.

Art. L. 160 - Chaque fois que l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé, autant que possible, au centre de protection maternelle et infantile, à un examen général du père accompagné de tous les examens de laboratoire, sérologiques ou autres, jugés utiles.

Art. L. 161 - *supprimé.*

Art. L. 161-I - Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près du tribunal civil, qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique. Un des exemplaires de la consultation sera remis à la malade, les deux autres conservés par les deux médecins consultants.

SECTION 2 : VISTES A DOMICILE

Art. L. 162 - Les Assistantes sociales visitent à domicile les femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière.

CHAPITRE IV - PROTECTION DES ENFANTS

SECTION I : CARNET DE SANTE

Art. L. 163 - Tout enfant, est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire lors de la déclaration de la naissance. Les enfants présentés dans les consultations de nourrissons et dans les centres de protection maternelle et infantile, s'ils n'ont pas encore reçu ce carnet en sont pourvus par les soins de ces organismes.

Un arrêté du ministre de la santé publique et de la population détermine la forme et le mode d'utilisation de ce carnet où seront également notées, au fur et à mesure, toutes les consultations importantes concernant la santé de l'enfant.

SECTION 2 : SURVEILLANCE SANITAIRE ET SOCIALE

Art. L. 164 modifié - Jusqu'au début de l'obligation scolaire, tous les enfants sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive et éventuellement d'une surveillance sociale.

La surveillance exercée à domicile par les Assistantes Sociales ou par les puéricultrices, porte plus particulièrement sur :

1) Les enfants qui sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur.

2) Les enfants dont les parents reçoivent un secours ou une allocation exceptionnelle de l'état, des collectivités ou des caisses de sécurité sociale.

3) Les enfants dont les parents ont été condamnés à une peine criminelle ou correctionnelle pour mendicité, pour ivresse, pour attentats aux mœurs, pour homicide, blessures et coups volontaires ou pour violences, ou qui ont été déchus de tout ou partie de leurs droits de jouissance paternelle ou ont fait l'objet d'une mesure d'assistance éducative, de tutelle aux allocations familiales ou qui ont été privés des allocations familiales pour refus réitéré d'accepter un emploi.

4) Les enfants dont les parents sont atteints d'une maladie grave et contagieuse et qui ont subi un traitement dans un hôpital psychiatrique ou auxquels s'appliquent les dispositions de l'article L.355.I du code de la santé publique lorsque le directeur de la santé le requiert.

Art. 8. du décret - Afin de permettre la surveillance à domicile des enfants, en application de l'article L.164 du code de la santé publique, les officiers de l'état civil sont tenus d'adresser dans les quarante huit heures de la déclaration de la naissance au directeur départemental de la santé de la résidence des parents un extrait de l'acte de naissance de l'enfant, dressé conformément au dernier alinéa de l'article 57, du code civil.

Les assistantes sociales s'assurent que les enfants reçoivent tous les soins que nécessite leur état et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit.

La surveillance sanitaire à domicile peut être renforcée par l'intervention en liaison avec le service social, des puéricultrices diplômées d'Etat visées à l'Article 5 ci-dessus.

Art. 9 du décret remplaçant l'Art. L. 165. : La surveillance sanitaire des enfants dont la protection est organisée par le titre premier du Livre II du code de la santé publique et par le présent texte s'exerce en outre par les soins :

- soit d'un médecin choisi par les parents de l'enfant ou par la personne en ayant la garde.
- soit du médecin d'une consultation de nourrissons ou d'enfants du second âge.

La fréquence minimum des examens médicaux préventifs est fixée par arrêté du ministre de la santé publique et de la population pris après avis de l'académie de médecine. (arrêté du 22 février 1965. paru dans le numéro 2 de 1965 des cahiers de la puéricultrice).

Art. L. 166. - Chaque fois qu'il est constaté soit à la consultation de nourrissons, soit à l'occasion de la visite à domicile, que la santé de l'enfant est déficiente, l'assistante sociale doit engager la famille ou la personne à laquelle incombe la garde de l'enfant à faire appel à un médecin, et le cas échéant, faire appuyer son avis par un médecin, agréé par le service de la protection de l'enfance.

De même, si la santé de l'enfant est compromise par l'absence de soins convenables, par de mauvais traitements ou de mauvais exemples, l'assistante sociale en rend compte simultanément et sans délai au médecin-chef du centre de protection maternelle et infantile de la circonscription intéressée et au directeur départemental de la santé. Ce dernier provoque d'urgence toutes mesures appropriées en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'enfant et notamment, fait constater l'état de ce dernier par un médecin agréé par le service de protection de la maternité ou de l'enfance.

ART. 10 du décret . - Les obligations imposées aux assistantes sociales par l'article L. 166 du code de la santé publique incombe également aux puéricultrices.

ART. L. 167 . - Si un enfant tombe malade chez une nourrice ou une gardienne et que les parents n'aient pas pris de mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins médicaux, la nourrice ou la gardienne, après avoir appelé le médecin pour la première visite, en informe le maire qui prononce l'admission d'urgence à l'aide médicale", sauf recours contre les parents et, éventuellement, le bureau des nourrices.

Si l'enfant placé chez une nourrice ou une gardienne ne paraît pas recevoir tous les soins matériels ou moraux nécessaires, le directeur départemental de la santé peut, après mise en demeure adressée aux parents, prononcer le retrait de l'enfant de chez la nourrice ou la gardienne et le placer provisoirement chez une autre personne. Il en réfère ensuite au préfet qui statue en ce qui concerne le placement définitif de l'enfant et le retrait du certificat de la nourrice prévu à l'article L. 169 ci-après. Il peut interdire. Le cas échéant, à cette dernière, de recevoir de nouveaux enfants.

ART. 168 . - Si le médecin appelé par l'assistante sociale dans les conditions prévues par l'article L. 166 reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie susceptible d'être transmise, l'allaitement au sein peut être supprimé par décision du directeur départemental de la santé, qui en avise immédiatement les parents.

SECTION 3 : PLACEMENT DE L'ENFANT EN NOURRICE OU EN GARDE.

CONDITIONS EXIGÉES DES NOURRICES OU GARDIENNES.

ART. L. 169 - modifié par l'article 11 du décret. - Toute personne qui veut recevoir chez elle, pour une durée supérieure à huit jours, un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en garde, est tenue de se munir préalablement :

1° D'une attestation du directeur de la santé délivrée après enquête effectuée par une assistante sociale et témoignant de la moralité de l'interressée ainsi que celle des personnes vivant dans son entourage, de son aptitude à élever des enfants et de la salubrité du local d'habitation. Cette attestation indique quels sont les moyens d'existence de la nourrice et précise en outre le nombre d'enfants qu'elle peut recevoir en garde ; celui-ci ne peut en aucun cas dépasser trois.

L'assistante sociale s'assure notamment que ni la nourrice ni aucune personne de son entourage immédiat n'est alcoolique notoire.

2° D'un certificat du maire de la commune où réside l'interressée mentionnant son état civil ;

3° D'un certificat médical déclarant que ni la nourrice ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant n'est atteinte d'une affection susceptible de nuire à celui-ci.

Ce certificat médical ne peut être établi qu'au vu notamment des résultats négatifs d'un examen radiologique pulmonaire effectué en vue du dépistage de la tuberculose ainsi que, pour la nourrice ou gardienne, d'un examen sérologique pratiqué pour le dépistage de la syphilis.

Dans le cas où l'enfant doit être nourri au sein :

Le certificat du maire doit indiquer si le dernier enfant de la nourrice est vivant et, dans l'affirmative, qu'il est âgé d'au moins six mois. Le certificat médical doit attester que la nourrice est apte à allaiter.

Toute déclaration ou énonciation reconnue faussée dans lesdits certificats sera punie des peines prévues à l'alinéa premier de l'article 155 du code pénal.

ART. L. 10. - Toute nourrice au sein ou donneuse de lait ne peut se placer chez autrui sans être munie :

1° D'un certificat médical attestant qu'elle est apte à allaiter et n'est atteinte d'aucune maladie transmissible, qu'elle a subi les examens de dépistage de la syphilis et de la tuberculose mentionnés à l'article L. 169 :

2° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil, accompagné d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

Exceptionnellement, une mère dont l'enfant n'a pas six mois révolus peut nourrir au sein un autre enfant en même temps que le sien :

1) Si un certificat médical constate qu'elle peut suffire à cette double tâche.

2) En cas de soudaine carence lactée d'une autre mère.

Les infractions aux dispositions du présent article sont punies d'une amende de 500 à 5 000 F.

CHAPITRE V. - DU CONTROLE DE CERTAINS ETABLISSEMENTS.

SECTION 1. - ETABLISSEMENTS D'ACCOUCHEMENT.

SECTION 2. - ETABLISSEMENTS CONCOURANT A LA PROTECTION, A LA GARDE OU AU PLACEMENT DES ENFANTS DU PREMIER ET DU SECOND AGE.

ART. L. 180. - Le contrôle du directeur départemental de la santé, au point de vue médical et technique, et celui des inspecteurs principaux des directions départementales de la population au point de vue administratif et financier s'exerce sur tous les établissements ainsi que sur les particuliers qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge.

Les établissements et services publics et privés ou les particuliers visés au premier alinéa du présent article ne peuvent exercer leur activité sans une autorisation délivrée par le préfet, après avis du directeur départemental de la santé.

Toute décision de refus doit être motivée.

Le directeur départemental de la santé a qualité pour faire vérifier à tout moment l'état de santé des personnes qui, en exerçant soit pour leur propre compte, soit au service d'autrui l'une des activités ci-dessus, se trouvent en contact avec des enfants.

Si les examens qu'il aura prescrits, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la population révèlent que les personnes examinées sont atteintes d'une affection contagieuse les malades ainsi dépistés devront interrompre leur activité jusqu'à la disparition complète des risques de contagion.

ART. L. 181. - Toute infraction aux dispositions de l'article 181 ci-dessus est punie d'un à huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 60 à 360 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, le délinquant est passible d'un emprisonnement de onze jours à six mois et d'une amende de 450 à 3 000 F.

Le tribunal peut en outre, dans ce dernier cas, ordonner la fermeture de l'établissement et prononcer l'interdiction d'exercer, soit à titre temporaire, soit à titre définitif.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Actualités Sociales -

Nouvelles mesures tendant à renforcer et à améliorer la P.M.I.

A.S. n° 8 - 19 Sept. 1964.

2 - Affaires Sociales - Informations - Actualités -

"Les crèches et la politique de P.M.I." Déc. 1968 - n° 11 p. 27 - 30

3 - Aide sociale à l'enfance et protection de l'enfance -

J.O. - 1962 - n° 1219 -

4 - APPELLE G.

Les placements nourriciers - U.N.C.A.F. dans Informations Sociales -

Juin Juillet 1961 -

5 - AUJALEU

Législation Française sur la P.M.I. - Cours de Pédiatrie Sociale

O.N.U. - 1948 - II p. 1193.

6 - AUJALEU - VIGUIE

La P.M.I. au cours des 10 dernières années - 1951-1961 -

Bull. Acad. Nat. Médecine 1963 - T.147 n° 18 p. 388 - 393.

7 - BAUCHARD

La Santé gratuite - Témoignage chrétien - Avril 1962.

8 - BERGE

Propos aux Parents et Educateurs
1961 - Ed. MONTAIGNE.

9 - BERGERET F.

A propos de 4 cas d'encéphalite morbilleuse. Thèse - 1967 - DIJON...

10 - BERTHET D.

Aspects sociaux de la tuberculose chez l'enfant - Rapport présenté
au Séminaire de Centre Int. de l'Enf. - BELGRADE - 2125 X 1963 dans
techniques hospitalières - n° 230.

11 - BERTOYE - Mme B. VOTAN - BONAMOUR

"Pouponnières et hôtels maternels" dans LYON MEDICAL n° 6 - 1967.

12 - BESOMBE

La carie dentaire - Fléau social et ses agents - La prévention
I.M.M.E.X. - Janv. 69. - p. 93 - 94.

13 - BOISSE

Le déficit en PHENYL-ALANINE HYDROXYLASE -
Le Pédiatre Parisien - 1967 - Tome III - n° 18 p. 133 - 148.

14 - BOISSIERE

Une prophylaxie efficace de la vaccination antidiphthérique - Concours
Médical - 25.1.69 - p. 659 - 668.

15 - BOISSIERE

Primo vaccinations antivarioliques tardives - Concours Médical - 2.3.67

16 - BONNET CAJDOS

Vaccinations chez l'enfant - Encyclopédie Médico-Chirurgicale -
Péd. 1966 - 4006 - B 50.

17 - BOSQUET

La Santé - l'Economie - et la Sécurité Sociale -
Economie & politique - 1965 - 135 p. 29 - PARIS.

18 - BOUE - FILLASTRE

La vaccination contre la rougeole - Pédiatrie I XXIII - n° 5 -
p. 593 - 600.

19 - BOULARD P.

Réhabilitation des infirmes moteurs cérébraux - Rev. Hyg. et Méd.
Soc. - 1961 - IX p. 253 - Ed. MASSON - PARIS.

20 - BOURGEOIS - PICHAT

Mortalité infantile et juvénile.
Cours de Pédiatrie Sociale O.N.U. - 1948 - I p. 371.

21 - BOYER

Précis d'hygiène - Biblio. Carnot - Bariety - 1961 - 1er vol.
Ed. BAILLIERE - PARIS.

22 - BOWLBY

Soins maternels et Santé mentale.
O/M/S/ - 1954.

23 - BRIDGMAN R.F.

Le Centre de Santé et d'Hygiène Infantile, Cours Ped. SOCIALE ONU II

24 - Bulletin de la Fed. GYN - OBST - LANGUE FRANCAISE -

"Aspects médico-sociaux de l'élevage des prématurés"

1963 - 15 - n° 1bis - p. 137 - 203.

25 - Bulletins de l'Institut National d'Hygiène et de l'I.N.S.E.R.M. - Janvier 1954

Août 1966 - 76 Vol. - Ed. MASSON - PARIS et I.N.S.E.R.M.

26 - BUNCHER

Cigarette Smoking and duration of pregnancy - Dans American Journal of
OBSTETRICS and GYNECOLOGY -

Avril 1969 - Vol. 103 n° 7 - p. 942 à 946.

27 - CAHIERS FRANCAIS

n° 77 - Août - Sept. 62

78 - Oct. 62

) La Mortalité Infantile en France

n° 99 - Nov. 64 - Les facteurs sociaux et régionaux de la mortalité
infantile en France.

28 - CAHIERS DE LA PUERICULTRICE

n° de 1967 - 1968 - 1969

29 - Centre International de l'Enfance

Vaccinations contre les maladies contagieuses - 1951

Cours de Pédiatrie Sociale.

30 - CHAPEL J. (Ex-Préfet de la Région de Bourgogne)

Colloque sur le peuplement et les migrations en Bourgogne - Revue
de Vitalité Française - n° 475 - 1.2.1965.

31 - CHAPTAL J. - JEAN R.

Syphilis congénitale - Encycl. Med. Chir. - Péd. 1965 - 4002 Y 10.

32 - CHARCOSSET

La tuberculose en France - Concours Médical n° 14 - Avril 64.

33 - CHASSAGNE

Place de l'infection dans la mortalité et la morbidité néonatale -
XXIe Congrès de l'Ass. Péd. de Langue Française - Paris 4 - 6 Juillet
67 - Exp. Scientifique Fran. p. 5 70

34 - CHOME F.

Classification nosologique de la mortalité NEONATALE et de la
MORTINATALITE - Cours de Pédiatrie Sociale. O.N.U. 1948 - I p. 185

35 - CLEMENT G.

Une étude sur le service social P.M.I. - Informations Sociales n° 7 -
Juillet 1964 - p. 86.

36 - CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - 1ère partie - Journal Officiel - 1956 -
Imp. J.O. PARIS.

37 - CODE DE LA SECURITE SOCIALE, DE LA SANTE PUBLIQUE, de la famille et de
l'aide sociale -
Coll. DAMOZ 1965 - Ed. DALLOZ - Paris:

38 - CODE DU TRAVAIL

Dalloz 1965 - Ed. DALLOZ - PARIS.

39 - COLIN

La morbidité Nord-Africaine dans la Métropole - Thèse LYON 1952.

40 - COHEN J.

Place de l'éducation sanitaire dans la lutte antituberculeuse -
TOULOUSE - Thèse 1965.

41 - COMITE D'ACTION SANTE - Médecine

Cahiers libres 138 - MASPERO 1968.

42 - CORBEL D.

Evolution et Perspectives de la P.M.I. en Indre et Loire -
Thèse Méd. TOURS - 1966 n° 31.

43 - COUVE Ph.

Tuberculose de l'enfance et lutte antituberculeuse - Revue de
Tuberculose et de pneumologie - Tome 32 - n° 7 1968 - Ed. MASSON -
P. 903 - 923.

44 - COUVREUR J.

Toxoplasmose congénitale - Encyclopédie médico-chirurgicale - Péd.
1960 - 4002 x 50.

45 - COUVREUR J.

Foetopathies - Encycl. Méd. Chir. Péd. 1960 - 4002 v 20.

- 46 - Crèches - Pouponnières - Jardins d'enfants - Consultations prénatales et de nourrissons - Haltes garderies -

Journal Officiel - 1964 - n° 1208 - Imp. J.O. PARIS.

47 - CROZE

La mortalité inf. en France suivant le milieu social dans Etudes statistiques - 1963 - 14 n° 3 - p. 163 - 172.

48 - CRUVEILLER

Besoins alimentaires du nourrisson - Encycl. Méd. Chir. Péd. 1960 4002 k 10.

49 - DARIC J.

Travail de la femme et maternité - Cours de pédiatrie sociale - O.N.U. 1948 - I p. 397.

50 - DEBRE

Pédiatrie sociale - Revue Courrier de C.I.E. - Nov. Déc. 1963 n° 10.

51 - DEBRE - LELONG

PEDIATRIE - Ed. FLAMMARION.

52 - DESANTI

Médecine Sociale - Ed. Berger Levrault - 1967.

53 - DESPIERRES G.

Les réactions tuberculiques et le B.C.G. - Editions CAMUGLI - LYON.

54 - DOLTO F.

Psychanalyse et Pédiatrie.

Ed. diff. Librairie BONNIER LESPIAUT 1964.

55 - ECONOMIE & POLITIQUE

Pour le droit à la santé.

20e Anniversaire de la Sécurité Sociale . n° 135 Oct. 65.

56 - ENFANCE (Revue)

Nouvelles recherches sur la débilité mentale n° 4 - 5 - 1960.

Revue C.N.R.S.

Psychologie de la première enfance dans les services de P.M.I. -
Oct. Nov. 1967.

57 - FABIA

Hérédité et milieu - Centre International de l'enfance.

58 - FALKNER

Croissance et développement de l'enfance. Une méthode internationale
d'étude - Centre International de l'enfance - Ed. MASSON 1961.

59 - FILLASTRE

Vaccination par le B.C.G. - Centre International de l'Enfance.

60 - FRIBOUR - BLANC

Diagnostic sérologique de la toxoplasmose par la réaction d'immuno-
fluorescence - IMMEX - Janvier 1969 - p. 83 à 90.

La mortalité périnatale et sa prévention dans les grossesses prolongées - Revue Gynéco-Obst. PARIS 1967, n° 3 p. 355 - 360

62 - GAROT

Les causes principales de la mortalité périnatale - Revue Enfance - BRUXELLES - 1966 - n° 1 - p. 15 - 35.

63 - GERBEAUX L

Tuberculose primaire de l'enfant -
Publication du Centre International de l'Enfance -
Ed. Flammarion.

64 - GERNIER - RIEUX - GERVOIS

Médecine préventive - Hygiène et Médecine Sociales.
Ed. Flammarion 1962.

65 - GILBRIN

La médecine dispensatrice de mieux être. Concours Médical n° 11.
Mars 1961.

66 - GIRARD P. - HERRI L. - NISTRI R.

Facteurs sociaux et culturels de la mortalité infantile - Enquête Nord - Pas-de-Calais - I.N.E.D. n° 36 - 1960 - P.U.F.

67 - GRANJEAT

La Santé gratuite - Ed. SEUIL - Coll. Société - 1965.

68 - GUELAUD - LERIDON

Recherches sur la condition Féminine dans la société d'aujourd'hui - Cahier n° 48 - P.U.F.

69 - GUICHARD J.C.

Evolution de la mortalité périnatale à la maternité de DIJON - 1925-1962 - Thèse LYON 1963.

70 - HARTEMANN J. - RIBON M. - DEUF/TABLED -- BRUNELL.

Nouvel aperçu de la mortalité périnatale à la maternité de NANCY en 1964 - Revue Hygiène et Méd. Soc. - 1965 - XIII - p. 473.

71 - HAZEMANN - STOR

Divers rapports d'activité 1966 - 1967.

Service de Protection maternelle et infantile de la Caisse Primaire Centrale d'Assurances Maladie de la Région Parisienne.

72 - HUET - RIVIERE

Une politique de Prévention S.D.M.S. - PARIS 1962 -

73 - HADFIELD J.M.

L'enfance et l'adolescence - Petite Bibliothèque PAYOT - n° 82 - 1966.

74 - HOTYAT F.

Psychologie de l'enfant - 1966 - LABOR. NATHAN.

75 - I.N.E.D.

Facteurs sociaux et culturels de la mortalité infantile Nord et Pas-de-Calais - I.N.E.D. 1960 - PARIS dans Revue Population n° 1 - Jan. Mars 1960.

76 - INFORMATIONS SOCIALES

Collection depuis 1962 - U.N.C.A.F.

77 - I.N.S.E.R.M.

Bulletins mensuels.

78 - JACQUARD - REYEL

Mesures démographiques du fardeau génétique - Revue Population -

PARIS 1968 - 23 - 4 p. 625 - 648.

79 - JOURNAL OFFICIEL

Publications concernant la P.M.I.

Ed. J.O. - 26, rue Desaix - PARIS.

80 - LAMBERT

Les problèmes sociaux et médicaux des travailleurs étrangers au sein
de l'Agglomération Lyonnaise - Thèse 1966 n° 213 - LYON.

81 - LAMY M.

Notions de génétique - Centre International de l'Enfance.

Maladies congénitales et maladies héréditaires - Cours de pédiatrie

sociale - O.N.U. 1968 - II - pp. 1153.

82 - LAZARD F.

Le travail de la femme est-il un progrès ? Est-il nuisible à l'enfant ?

C.E.R.M. n° 64 - 1968.

83 - LAUNAY - DAVY

L'hospitalisme en pédiatrie - Revue du praticien - 21 Juin 1965 -

2405 - 2412.

84 - LEJEUNE

Problèmes de la prévention des maladies génétiques - 5 - III - 66.

1626 - 1630.

85 - LE GUILLANT

Psychopathologie de la transplantation - Concours médical 2 Juillet
1960 - n° 27 - p. 3429 - 3440.

86 - LELONG - LEPAGE - ROSSIER - ALISON

Le Nouveau Né - Traitement médical - Prévention - Soins. Ed. DOIN.

87 - LEMAIRE S.

Puériculture - Professions médicales et sociales n° 12 - 1964
FOUCHER Ed. PARIS.

88 - LOT

Les nouveaux services de clinique et de recherche néonatale à l'Hopital
PORT ROYAL dans le moniteur des pharmaciens et des laboratoires - n° 810
Déc. 1967 - p. 2440 - 2442.

89 - LOTTE

Etude épidémiologique de la tuberculose et les défaillances de la lutte
antituberculeuse chez l'enfant - Bulletin I.N.S.E.R.M. - Mai 1966.

90 - LOTTE - HATTON

Mortalité par tuberculose en France.
Bul. de l'I.N.H. - Tome 19 - n° 3.

91 - Maladies congénitales et héréditaires - Revue de Médecine - 17 nov. 1964.

92 - Maladies vénériennes (Les) - Le Pharmacien de France - Oct. 1964 n° 20

93 - MANDE - C. FILLASTRE - A. ROVILLON

La protection conférée par le B.C.G. - PARIS.
Centre International de l'enfance - 1967.

94 - MANDE

Manuel pratique de vaccination par le B.C.G.
C.I.E. 1954.

95 - MANDE

Les nouveaux vaccins - Plaidoyer pour la vaccination -
Concours Médical - 7 XII 68 - p. 8335 - 8344.

96 - MANDE - FILLASTRE - ORSAUD - APPAN

Le problème du calendrier de vaccinations.
Concours médical - 31.5.69 -

97 - MASSE - SEMPE

Croissance et développement somatique des enfants et adolescents
Français - Commission de la Protection de l'enfance - 17 nov. 1966.

98 - MANNONI Maud

L'enfant arriéré et sa mère.
Ed. Seuil 1964.

99 - MARTROU

Aspects actuels des examens périodiques de P.M.I. - Gazette médicale
de France. T. 70 25.1.63.

100 - MAUCO G.

L'éducation affective et caractérielle de l'enfant - Ed. COLIN - 1968
Cahiers de pédagogie moderne.

101 - MERIAUX - MARTIN - TRIAU

Peut-on associer la vaccination contre la rougeole aux rappels trop négligés contre la diphtérie et le tétanos.

La Revue de médecine - T. IV - Nov. Déc. 68 n° 6 - p. 453 - 462.

102 - MINKOWSKI A.

Les répercussions sur l'embryon, le fœtus et sur l'enfant des maladies infectieuses et des maladies de carence au cours de la gestation - Cours de Pédiatrie Sociale 1948 - I - p. 55.

103 - MINKOWSKI - MAROTEAUX

Embryopathie - Encyclopédie médico-chirurgicale - Péd. 1960 - 4002
v 10.

104 - MONTAGNE

Rôle de l'Assistante Sociale en matière d'éducation sanitaire et sociale en milieu semi-urbain - Journées régionales d'éducation sanitaire et sociale - PARIS 14-16.12.64 - Centre Régional d'Ed. San. Soc. de PARIS- Imp. SAPIE - BORDEAUX.

105 - MONTESSORI

"L'enfant" - Coll. Femme.
Ed. GONTHIER - 1964.

106 - MONTES F.

La Santé grâce à une prévention globale - Syndicalisme - n° 1016
9 Janv. 1965.

107 - MORTALITE INFANTILE

Revue Population et Santé n° 10 - Janvier 1969.

108 - MOSSBERG

La médecine infantile préventive en Suède - Le Pédiatre Parisien
p. 371 - 376.

109 - MORT DU FOETUS IN UTERO

Revue du Praticien - 1965 - n° 15.

110 - O.M.S.

- Guide technique pour l'évaluation des programmes de vaccinations
par le B.C.G. - 1967.

- La Protection de la maternité dans le monde - chronique O.M.S. -
Vol. 21 n° 4 - 1967 - p. 157 - 168.

- Série de rapports techniques - 1957 - n° 115.

- 2ème rapport sur la situation sanitaire dans le monde - 1957-1966 .
O.M.S. actes officiels - Genève - n° 122.

- Les soins des enfants dans les crèches - Cahiers de Santé publique
n° 24 - 1965.

- La P.M.I. en U.R.S.S. - Cahiers de Santé publique n° 11 - 1962.

111 - O.N.U./F.A.O.

Séminaire Intern. sur l'éducation en matière d'hygiène et
d'alimentation - 13 Oct. 3 Nov. 1955 - Rapport n° 13.

112 - PEQUIGNOT

La médecine dans le monde moderne - 1er Congrès Mondial de droit
médical - 21-24 Août 1967 - Concours médical 23 IX 67 - 6035 - 6046.

113 - PIQUEMARD

Hébergement des enfants sains = crèches, pouponnières, garderies,
jardins d'enfants - Cours de Pédiatrie sociale - O.N.U. 1948 - II -
p. 663.

114 - PINAUD

Enfance et adolescence inadaptées
Concours médical 24 XII 66 - p. 8147 - 8152.

115 - POROT

L'enfant et les relations familiales - Coll. S.U.P. -
Ed. P.U.F. - 1967.

116 - PRESSAT

La mortalité infantile dans le monde actuel.
Concours médical - n° 20 - 18.5.1968 - p. 4356 - 4360.

117 - Protection Maternelle et Infantile - Rapports annuels du département de
de Côte d'Or de 1956 à 1967 - D.D.A.S.S.

118 - Protection Maternelle et Infantile - Rapport sur la protection maternelle
et infantile au cours de la période du 1er Janvier 1957 au 31 Décembre 1961 -
Ministère de la Santé Publique et de la population - n° spécial 63 - 17 bis -
Imp. J.O. 26, rue Desaix - PARIS.

119 - Rapports annuels de la Direction départementale de l'action sanitaire et
sociale.

120 - RAIHA - C.E.

Prevention of Premature Children 's clinic - University of
HELSINKI - FINLAND - ADVANCES IN PEDIATRICS - Volume XV - Ed. LEVINE.

121 - RECHERCHES (Revue)

Spécial enfance aliénée - Tome I et II - 1967.

C.E.R.F.I. - 7, rue de Verzy - Villa des Ternes - PARIS XVIIe.

122 - RECUEIL INTER. de législation sanitaire P.M.I. Examens pré et post nataux -
1965 - 16 - n° 13 - p. 585 - 588.

123 - RECUEIL des textes règlementant la P.M.I. PARIS - BERGER - NANCY -
LEVRAULT - Février 1967.

124 - Revue médicale de DIJON

Le Congrès International de Médecine périnatale de BERLIN (28 - 30
Mars 1968) - 1 X 68.

125 - RIVAILLE

Surdité chez l'enfant - Pédiatre Parisien - T. 20 - 1967.

126 - ROBERT

Les maladies génotypiques dans synthèses cliniques.
n° 102 - nov. 1962.

127 - ROSSIER

Prématurité - Encyclopédie Médico-Chirurg. Péd. 1959 - 4002 s 10.

128 - ROUECHE

Hygiène collective des nourrissons - Encyclopédie médico-chirurgicale.
Péd. 1956 - 4002 B 20.

129 - ROUQUETTE - COROME

Evolution récente de la mortalité chez les enfants de 1 à 14 ans -
Bull. de l'I.N.S.E.R.M. - 1965 - XX p. 183.

130 - ROUQUETTE

Une enquête prospective Française sur les malformations congénitales
(I.N.S.E.R.M.) - Concours médical 6 XI 65 - 6443-6446.

131 - ROYER

Le premier signe des maladies métaboliques et les possibilités de
leur dépistage - Le Pédiatre Parisien - 1966 - Tome II - n° 25 p.413 -
421.

132 - SALEM A.

Lutte antituberculeuse dans les pays de la communauté économique
européenne - organisation - résultats - Thèse DIJON 1968.

133 - SANTE DE L'HOMME

- Education sanitaire - 133 - 7/8/1962

- " " " 129 - 1/3/1963

134 - SAUVY A.

Vues générales sur la fécondité et la natalité - Cours de Pédiatrie
sociale - O.N.U. - 1948 - I p. 357.

135 - SEMINAIRE sur les crèches - Journées des 5 - 6 - 7 Déc. 1960. Centre Int.
de l'Enf. PARIS.

136 - SEMINAIRE sur la prévention de l'inadaptation sociale des enfants dans les
grandes villes - PARIS - 11 - 12 - 13 Déc. 1961 - Cent. Int. Enf.

137 - SEMPE

Comment utiliser les données staturo pondérales de la croissance de l'enfant.

CAHIERS MEDICAUX-LYONNAIS - T. 42 - n° 26 - 10 nov. 1966 -
p. 1929 à 2001.

138 - SOULE - NOEL - BOUCHARD

Le placement familial - 1964 - I vol. - P.U.F. - PARIS.

139 - SPRINGETT

Données actuelles sur la prévention de la tuberculose - 8 Mars 1966 -
O.M.S. - Euro 306/6.

140 - STRAUSS

Dépopulation et puériculture -
PARIS - Bibl. Charpentier - 1901 - p. 300.

141 - STROUC Claude

Le rôle de la Caisse de Sécurité Sociale chez la femme enceinte dans
le cadre de la P.M.I. - Thèse PARIS - 1961 - n° 604.

142 - STYBLO

Paramètres épidémiologiques de la tuberculose -
PRAGUE - 24 Mars 1966 - O.M.S. - Euro 306/3.

143 - SYNDICAT NATIONALE DES MEDECINS des Centres de P.M.I.

La P.M.I. dans le Médecin de France - 60, Bd de Latour Marbourg - PARIS
VIIe - n° 267 - Sept. 1968. p. 1173 - 1177.

144 - SYPHILIS Aujourd'hui (La)

Forum - Concours Médical - 5 X 1968 - 6283 - 6288.

145 - Vaccin antipoliomyélitique (1e) - Le Pédiatre Parisien - n° 20 - 1967.

146 - Vaccinations (Les) - Médecine Infantile - n° 2 - Février 1969.

147 - VERMELIN - RIBON

Intérêt médical et social de l'allaitement maternel.

Revue Hygiène et Médecine Sociale - T. 13 n° 1 - p. 61 - 72 - 1965.

148 - VINCENT A.

Contribution à l'étude nouvelle d'aide familiale = Les Halte
Garderies - Thèse - 1961.

149 - VOTAN - BONAMOUR

Etude clinique de développement psycho-moteur des nourrissons
placés en pouponnières - Thèse LYON 1965.

150 - ZUCMAN - SALBREUX - TOMKIEWICZ

Diagnostic précoce des encéphalopathies infantiles -
Le Pédiatre Parisien - p. 266 - 281.

151 - YANNOVLATOS - POLHIA

Enquête sur les modalités de la contamination tuberculeuse chez
200 enfants tuberculeux - Thèse STRASBOURG - 1962 - n° 3.

INDEX DES CARTES GRAPHIQUES ET SCHEMAS

CARTES

Pages

CARTE I	: Secteurs desservis par le service social en Côte d'Or .	17
CARTE II	: Secteurs desservis par le service social à DIJON	19
CARTE III	: Répartition de la population médicale en Côte d'Or .	22
CARTE IV	: Répartition des sages - femmes en Côte d'Or	28
CARTE V	: Maternelles en Côte d'Or	69
CARTE VI	: Mortalité infantile en FRANCE 1966	79
CARTE VII	: Densité de population - Côte d'Or 1968	101

GRAPHIQUES:

GRAPHIQUE I	: Evolution de la mortalité Infantile en France	78
GRAPHIQUE II	: Répartition de 1000 décès d'enfants de moins de 1 an selon le nombre de mois vécus	81
GRAPHIQUE III	: Composantes du taux de mortalité infantile pour la France.	83
GRAPHIQUE IV	: Evolution de la Mort .Inf. dans Diff. pays 1952 - 1962	88
GRAPHIQUE V	: Evolution de Mort.inf. en France 1950 1963	88
GRAPHIQUE VI	: Mortalité inf. selon le milieu	90
GRAPHIQUE VII	: Taux de mort. INF d selon nationalité	94
GRAPHIQUE VIII	/ nombre de syphilis France 1945- 1966	121

SCHEMAS:

SCHEMA I	/ Organigramme de la D.D.A.S.S. C.O. 1968	12
SCHEMA II	: ORGANIGRAMME proposé par Ministère 1964	13

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU n°/T		Pages:
I	- Nombre de médecins PMI en côte d'Or	23
2	- Assistantes sociales concourant à la PMI - C.O.	25
3	- Puéricultrices - Sages-femmes - Infirmières concourant à la PMI -C.O.	27
4	- Activités des consultations de nourrissons en C.O	35
5	- Visites à domicile des femmes enceintes par les assistantes sociales	36
6	- Nombre et lieu d'accouchement en C.O.	40
7	- Activité du centre des Prématurés de Sainte Anne	42
8	- Etat, des décès par rapport au poids de naissance	44
9	- calendrier des vaccinations officiel	52
10	- calendrier des vaccinations conseillé au CHR - Dijon - service de Pédiatrie	53
11	- Intervalles à respecter entre les diverses inj. vaccinales	54
12	- Consultations de nourrissons C.O	56
13	- Activité des consultations de nourrissons 1967	57
14	- Consultations du deuxième âge C.O,	59
15	- Pouponnières de C.O.	64
16	- Garderies ,jardins d'enfants	66
17	- Ecoles maternelles privées DIJON	67
18	- Ecoles maternelles publiques C.O.	68
19	- Evolution de la mortalité infantile C.O.	75
20	- Evolution de la mortalité infantile en France	77
21	- décès de moins de 1 an en France selon l'âge	81
23	- Causes de mortalité infantile en C.O.	84
24	- Principales causes de Mortalité infantile en France	85
25	- Mortalité infantile par accidents en France	86
26	- Mor.Inf. divers pays européens	87
27	- Mor. Inf. exogène-endogène 1962 France-Suède	89
28	- Mor. Inf. selon les catégories socio-prof. 1950-51	91
29	- Mor. inf. selon catég. socio-prof. 1959-1960	92
30	- Mort.Inf des générations 1950-51 /1959-60 selon les catégories socio-professionnelles.	93
31	- décès par âge en Côte d'Or 1 à 5 ans	95
32	- causes de mortalité -1 à 4 ans -France	97
33	- Taux de mort.enf 1 à 4 ans dans quelques pays EURO.	98
34	- Evolution de la morbidité tuberculeuse C.O.	106
35	- Centre du BCG -activité C.O.	111
36	- dispensaires anti tuberculeux C.O.	112
37	- centres et services de vacc. par le BCG	113
38	- nombre de syphilis France	121
39	- consultations prénatales centre de lutte anti-vénérienne	122
40	- maladies à déclaration obligatoire	126

- S O M M A I R E G E N E R A L -

	PAGES
<u>INTRODUCTION</u>	I
<u>PREMIERE PARTIE</u> : Organisation actuelle de la PMI en COTE D'OR	7
-I° Chapitre : Organisation generale de la PMI	9
-II° Chapitre : le personnel	2I
<u>DEUXIEME CHAPITRE</u> : Activités de la PMI en C.O.	29
- I° chapitre : Surveillance médico-sociale avant la naissance	3I
- 2° chapitre : surveillance médico sociale après la naissance	39
<u>TROISIEME CHAPITRE</u> : effets de la PMI en C.O.	73
-I° chapitre : évolution de la mortalité chez enfants de 0 à 6 ans	75
- 2° chapitre : évolution de la morbidité chez enfants de 0 à 6 ans	IO3
<u>QUATRIEME CHAPITRE</u> : Perspectives d'avenir de la PMI	I65
I) chapitre : Etude critique de la PMI en C.O.	I67
2° chapitre : Etendre les compétences de la PMI	I84
<u>CONCLUSIONS</u>	I9I
<u>ANNEXES</u> : I° : Résultats de l'enquête effectuées auprès des médecins de COTE D'OR	I93
II° ; Permanences des ASSISTANTES SO. COTE D'OR	207
III° : Bilans de santé .Projets parisien	2I9
IV° : mise à jour du code de la Santé Publique concernant la PMI	239
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	269
<u>INDEX DES CARTES - GRAPHIQUES - SCHEMAS</u>	
<u>INDEX DES TABLEAUX</u>	
<u>SOMMAIRE GENERAL</u>	

